In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









LES ECZEMAS

MODULE DE DERMATOLOGIE

DR CHALOULI

PLAN

- I/ INTRODUCTION – DEFINITION
- II/ ETUDE DE LA FORME COMMUNE
  - 1/ Clinique 2/ Histologie
- III/ CLASSIFICATION
  - A/ ECZEMAS EXOGENES : **Eczéma de contact**
    - 1/Définition
    - 2/Etiologies
    - 3/Physiopathologie
    - 4/Diagnostics
  - B/ ECZEMAS ENDOGENES : **Dermatite atopique**
    - 1/ Définition
    - 2/ Etude clinique
    - 3/ Diagnostic
    - 4/ Complications
- IV/ TRAITEMENT
  - A/ Objectifs
  - B/ Moyens
  - C/ Indications

I. INTRODUCTION:

- **Mot d'origine grecque : écoulement bouillonnant**

- La plus fréquente des dermatoses inflammatoires

DEFINITION

- Dermatose **prurigineuse**
- Volontiers récidivante

- Caractéristiques cliniques
  - Erythème
  - Vésicules
  - Suintement
  - Croutes
  - Desquamation

- Caractristiques histologiques
  - Vésiculation
  - Spongiose
  - Exocytose
  - Exosérose
  - Oedéme
  - vasodilatation

II. ETUDE DE LA FORME COMMUNE

1/ CLINIQUE

- 4 phases se succèdent
- **Le prurit : ++++**
  - Précède
  - accompagne
  - Suit

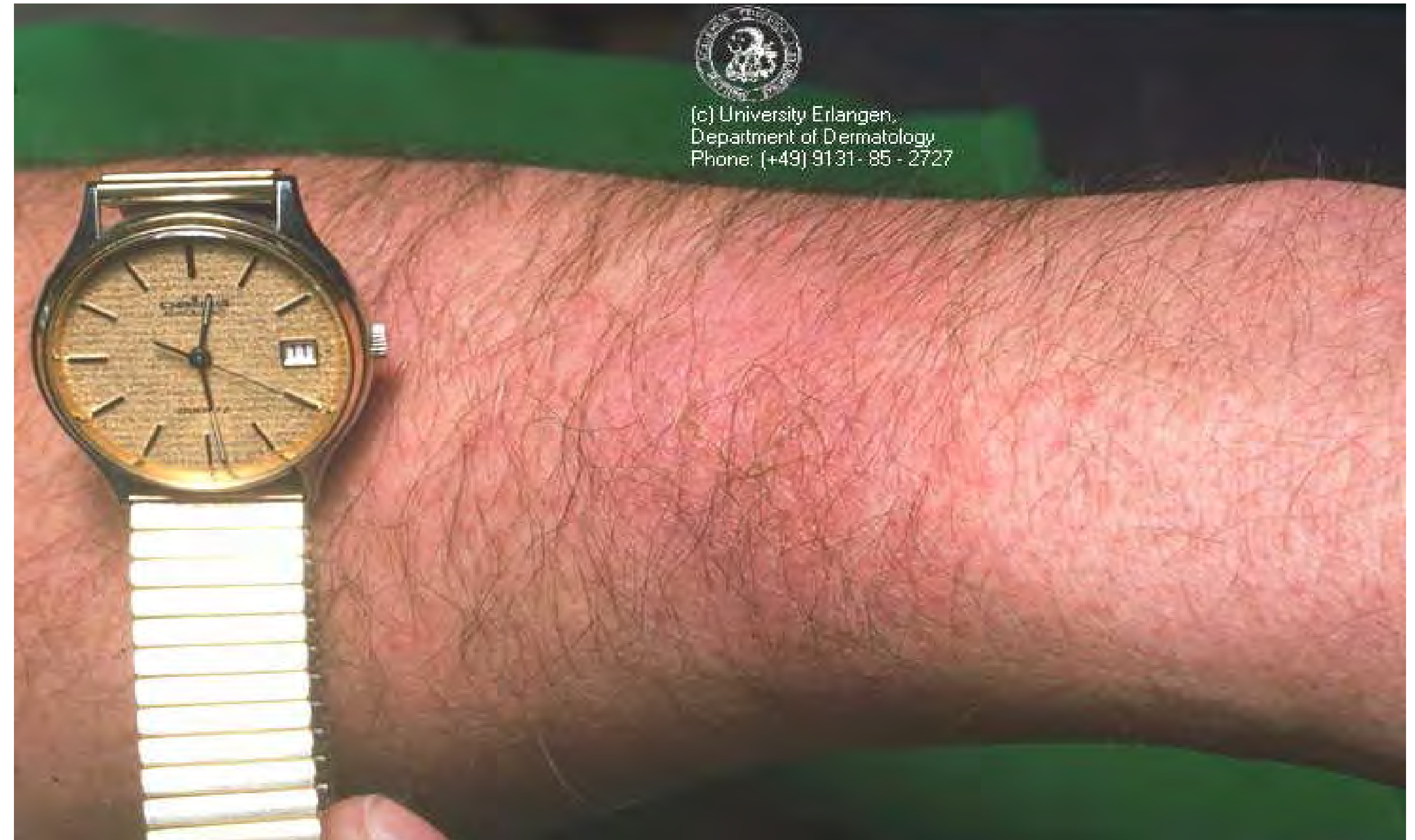


Les lésions



a) Phase érythémateuse

- Placard érythémateux
- Bords émiettés
- Congestion variable



b) Phase vésiculeuse

- Eclosion de vésicules en surface
- Vésicules à contenu clair
- Rupture rapide





Eczéma en phase vésiculeuse

c) Phase suintante

- Ecoulement des sérosités
- spontanément ou après grattage
- Coagulation des sérosités : croutes
- Surinfection: croutes mellicériques



Eczéma : phase suintante.



Suintement et surinfection d'où croutes mellicériques

d) Phase desquamative

- Chute des croutes
- Epiderme fripé
- rose
- finement desquamatif
- permettant l'élimination progressive de l'épiderme lésé et l'évolution vers la guérison



Eczéma : phase crouteuse et desquamative.

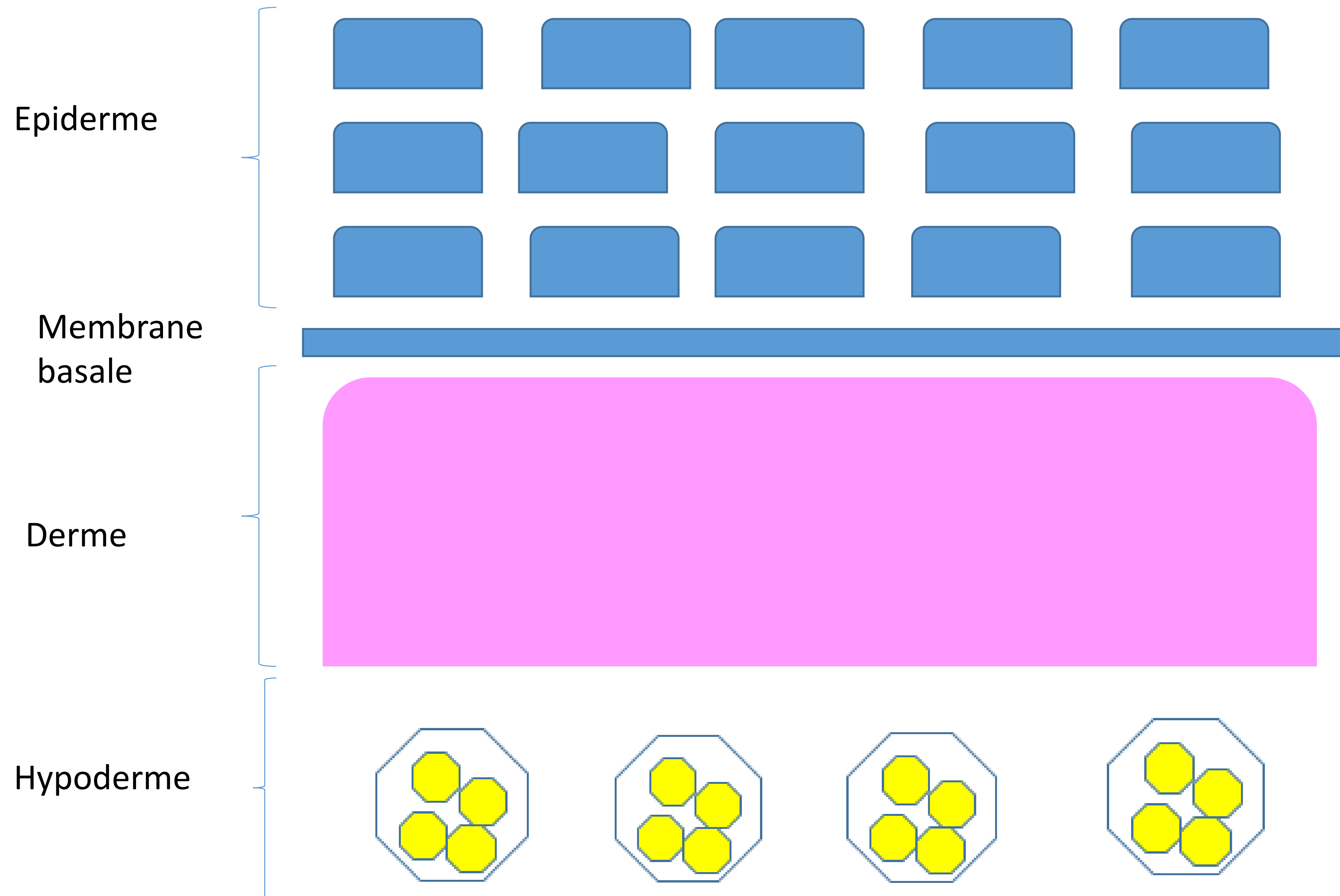


CROUTES MELLICERIQUES

SQUAMES

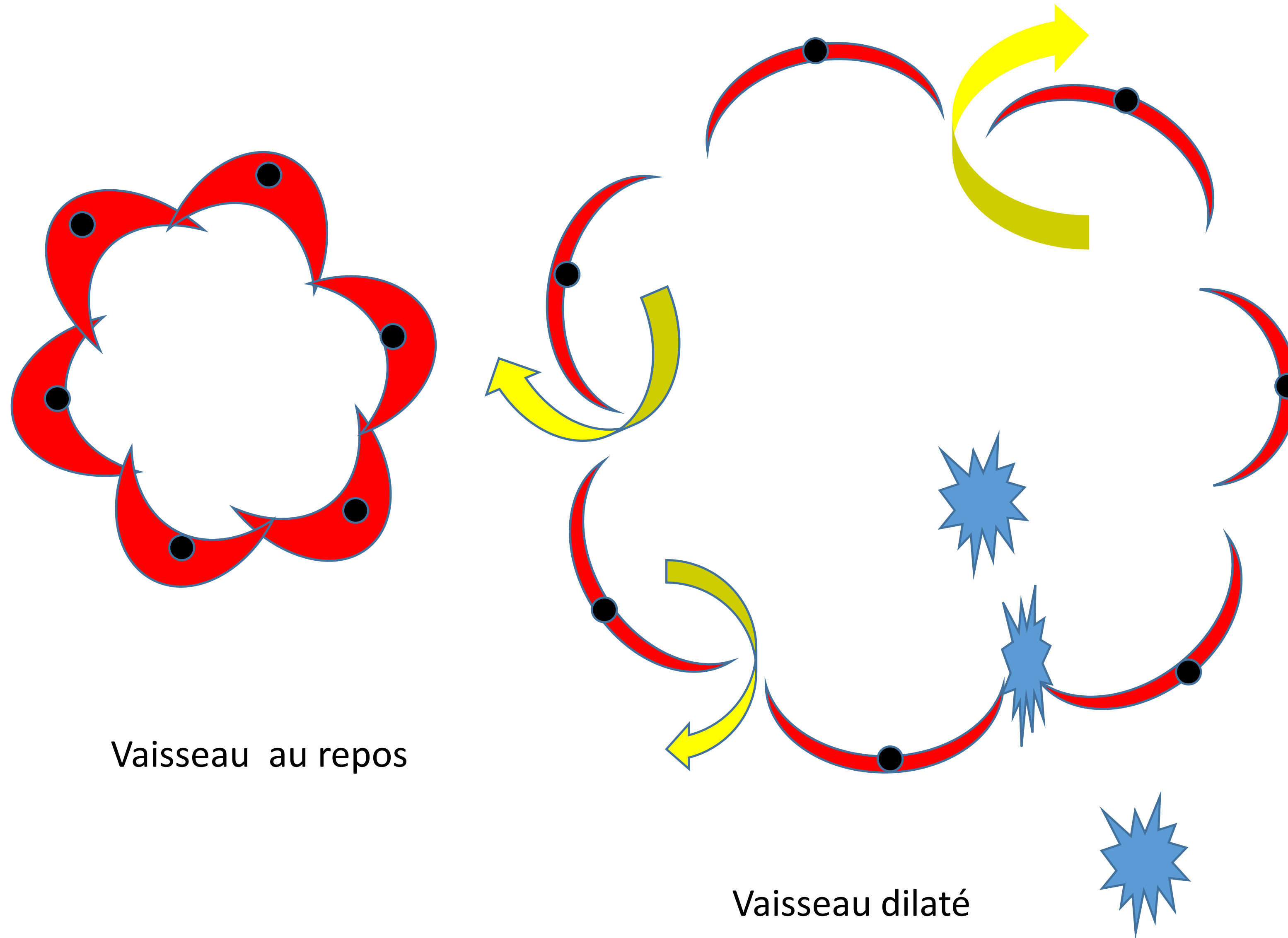
II. ETUDE DE LA FORME COMMUNE

2/Histologie:


Epiderme
Membrane
basale
Derme
Hypoderme

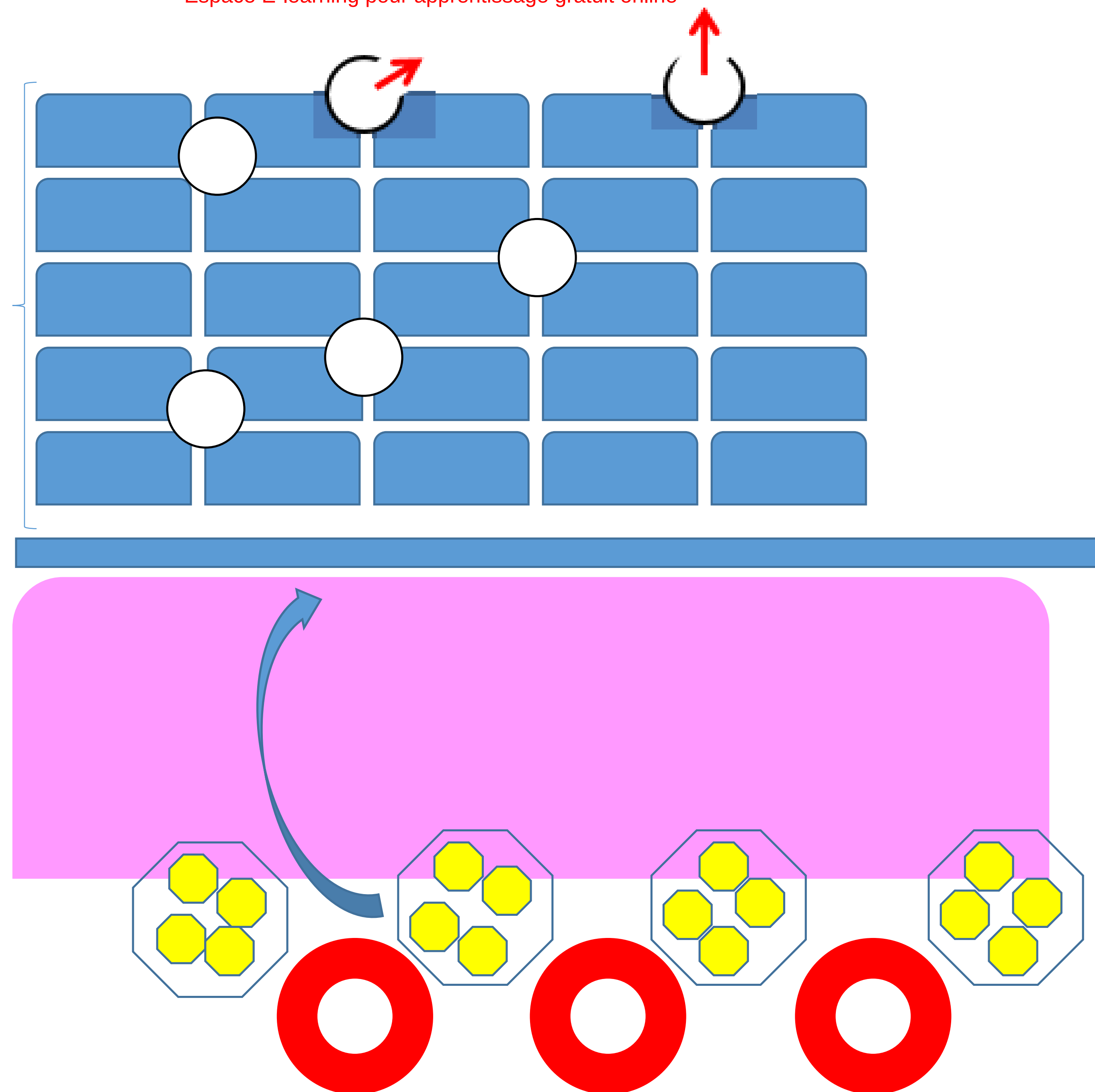
DERME

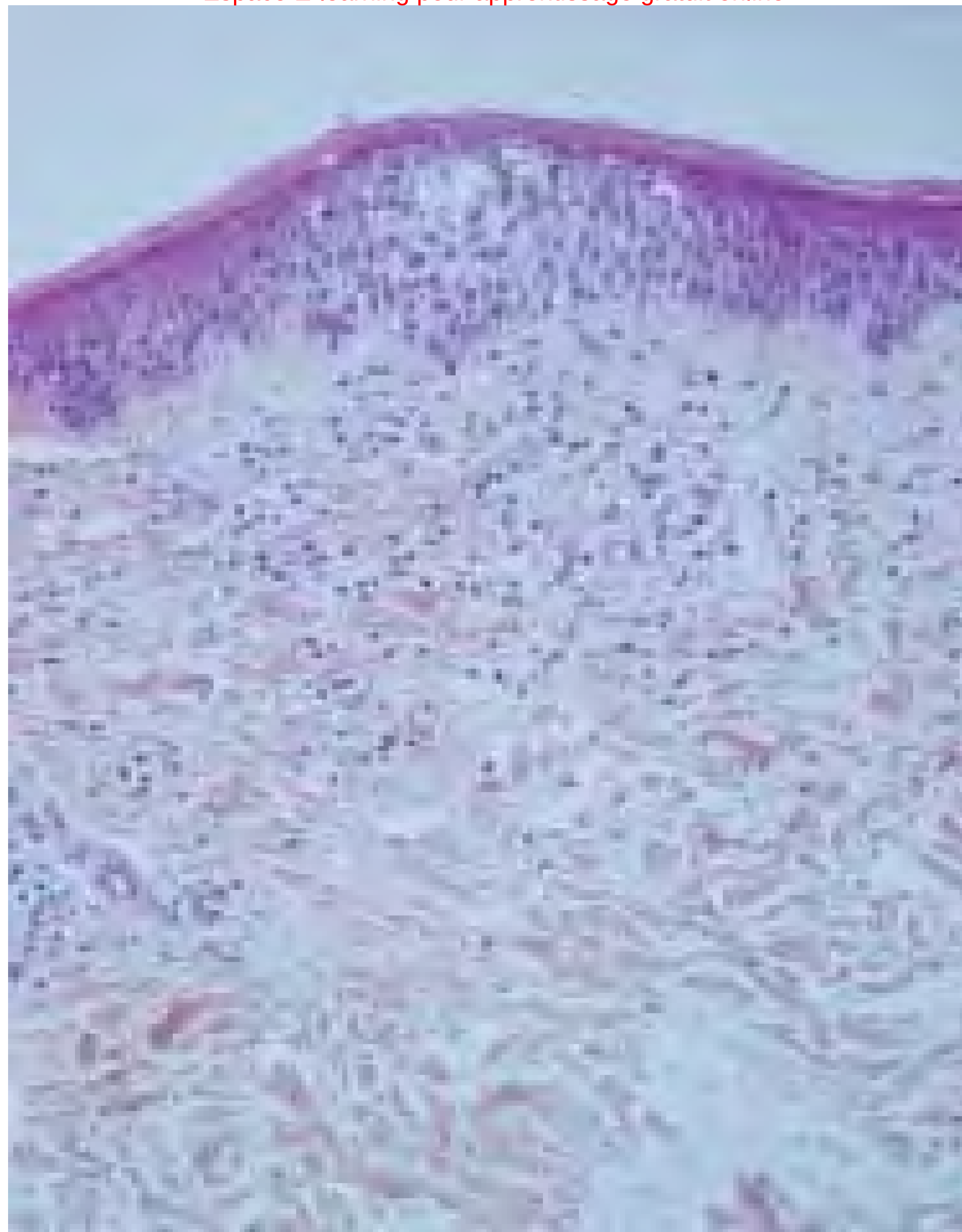
- OEDEME
- VASODILATATION


Vaisseau au repos
Vaisseau dilaté

EPIDERME

- SPONGIOSE :
  - petites cavités dans l'épiderme
- VESICULATION:
  - Cavités faisant saillie à la surface cutanée
- EXOSEROSE:
  - Arrivée à l'épiderme de sérosités à partir des vaisseaux dilatés du derme
- EXOSCYTOSE :
  - Arrivée à l'épiderme des cellules inflammatoires à partir des vaisseaux dilatés du derme


Epiderme
Membrane
basale



Spongiose et ébauche de vésicule.

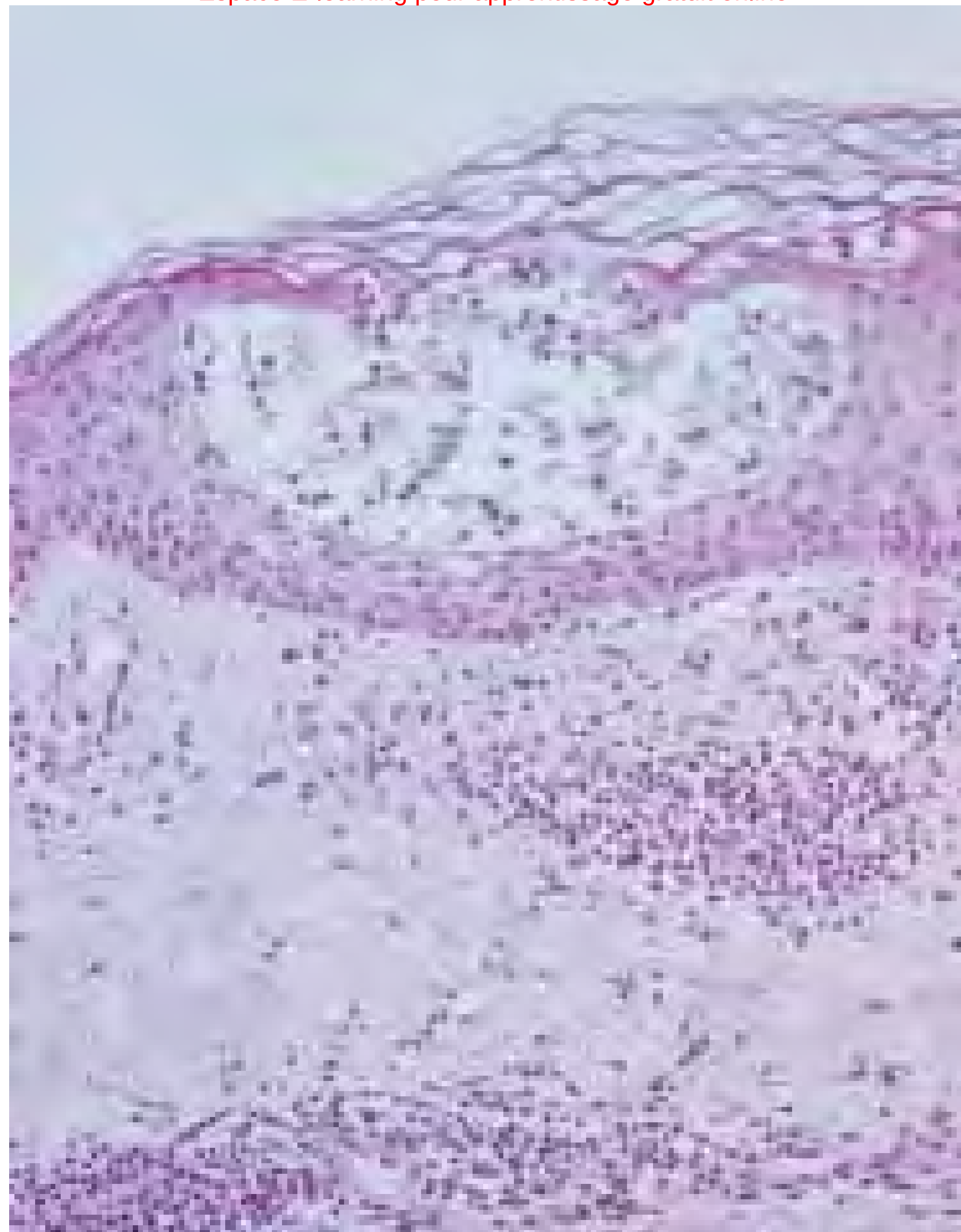
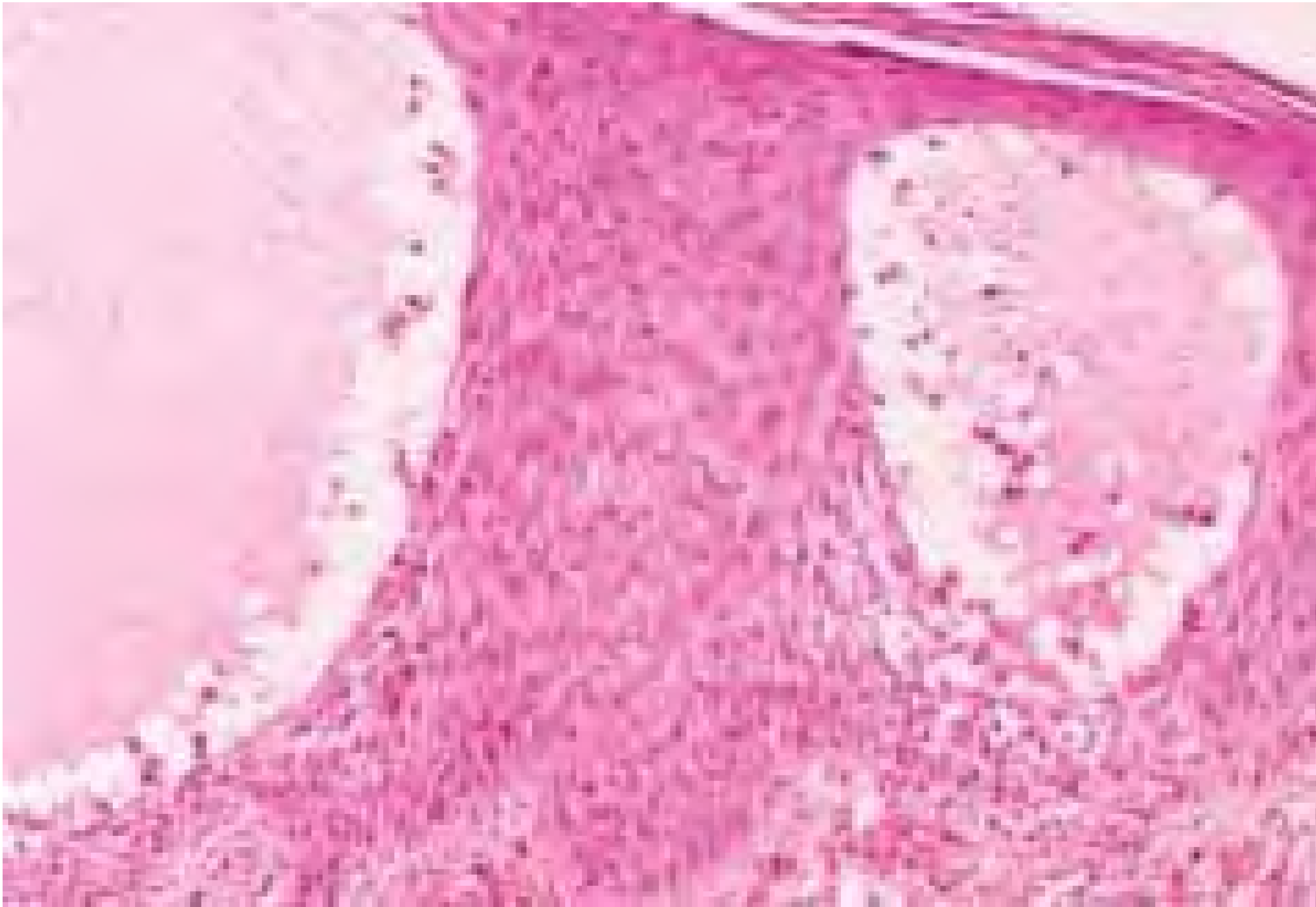


Fig. 1. Vésicule intra-épidermique



Volumineuses vésicules intra-épidermiques au cours d’une « dysidrose ».



Hyperplasie épidermique, parakératose, spongiose modérée au cours d’un eczéma lichénifié

III. CLASSIFICATION

- A/ ECZEMAS EXOGENES : **Eczéma de contact**
- B/ ECZEMAS ENDOGENES : **Dermatite atopique**

III. CLASSIFICATION

- A/ ECZEMAS EXOGENES : **Eczéma de contact**
  - 1/Définition
  - 2/Epidemiologie
  - 3/Formes cliniques
  - 4/Physiopathologie
  - 5/Diagnostics

1 DEFINITION

Eczéma de contact

- Une dermatose inflammatoire
- Due à une sensibilisation à des ***substances*** en contact avec le revêtement cutané.
- Sensibilisation antérieure

Distinguer de **la dermite irritative**

- Pas de phénomène immunologique

2. EPIDEMIOLOGIE

- la prévalence: entre 2 et 10 % de la population.
- Les allergènes les plus fréquents sont les métaux, en particulier le nickel
- sexe : plus fréquent les femmes

3. FORMES CLINIQUES

A. Selon la topographie:

1-cuir chevelu :

Lésions érythémato-squameuses sèches

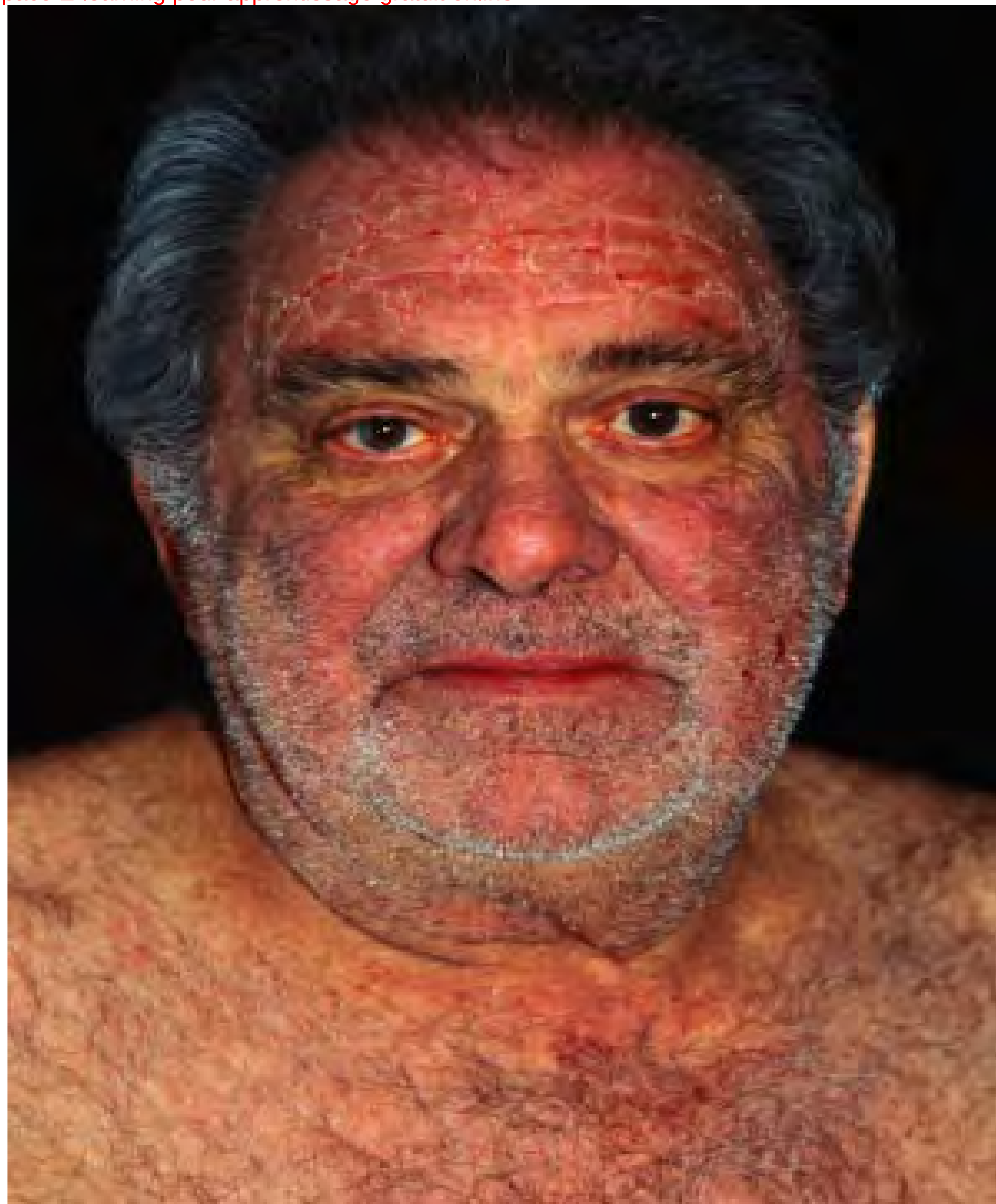
Alopécie réversible.

2-visage:

Œdème + + + , en particulier paupières

- contact direct (cosmétiques ophtalmologiques (collyre B bloqueurs)
- ou manuportés
- L'allergène peut être aéroporté
- Photo allergie

Eczéma de contact allergique aéroporté a la poussière des pins



Eczema allergique de contact chez une femme qui a utilisé la neomycin sur les paupières



4-Lobule de l'oreille

Intolérance au métal (nickel) des boucles d'oreilles.

Aspect sec ou dermatose vésiculeuse très suintante évoluant vers l'exulcération et la surinfection .

5- Lèvres : Chéilite érythémato-squameuse sèche et fissuraire.

6- Muqueuse buccale

Stomatite de contact allergique.
Assez exceptionnelle .

7- Cou

- Site classique pour une allergie de contact
- Bijoux et hypersensibilité au Nickel
- Allergie manuportée
- Allergie aéroportée aux parfums ,vaporisateurs

Dermatite allergique de contact aigue des lèvres due au rouge à lèvres, la patiente est sensible à l'éosine



8- Mains

- Localisation la + fréquente
- Surtout Professionnelle
  - **Dos des mains**: Gale du ciment (bichromate)
    - Phase aigue, Phase chronique

Une atteinte du poignet et de la face dorsale de la main → Allergie aux gants

Pulpes digitales : pulpite de contact allergique

.



- **Dermatite allergique de contact aigue due aux baume de Perou. L'infirmière à manipulée plusieurs pommade à l'hopital**

Dermatite allergique de contact : erytheme, hyperkératose, desquamation



9- Pieds

Face dorsale

Plante : aspect dysidrosique .



11 *Allergie de contact à un produit d'entretien chez un maître-nageur.*

10- Plis : allergie vestimentaire.

11- Organes génitaux externes

œdème important

B. Formes symptomatiques:

- - **L'eczéma nummulaire:** réalise des lésions érythémato-vésiculeuses en plaques arrondis de quelques centimètres de diamètre.

- - **L'eczéma papulo-vésiculeux** : papulo-vésicules isolées les unes des autres.

- - **Dysidrose:** Elle est caractérisée par des vésicules très prurigineuses des faces latérales de doigts peut être dû à un eczéma de contact ou à d'autres causes

C. Formes évolutives:

1/eczema aigué: érythémato-oedémateux, vésiculeux, vésiculobulleux suintant

2/chronique: des plaques erythémato-sqameuses sèche

3/lichénifié:des plaques érythémateuses, épaissies ,quadrillées



7. Névrodermite circonscrite avec lichénification typique.

D. Eczémas particuliers :

→Eczéma aéroporté

allergènes parfums, vapeurs diverses, chromates du ciment.

localisation caractéristique : régions du corps exposées à l'air.

visage, cou, décolleté, mains, poignets, avants bras, jambes .

plis cutanés :rides du front , sillon nasogénien , espace sous mentonnier, paupières .

→Eczéma manuporté

Allergie à la résine tosylamide / **formaldéhyde des vernis à ongles.**

Visage, paupières +++.

→ **Eczéma photoallergique**

Action conjointe d'une substance chimique et de radiations solaires ou artificielles .

Localisation élective aux **régions découvertes du tégument.**

Zones épargnées :

plis du visage,

zone sous mentonnière.

haut du cou .



Eczéma de contact aéroporté
Allergie aux lactones de sesquiterpene
Contenu dans le duvet qui tapisse les feuilles
de certaines plantes

Dermite de contact systémique

- Les DCS sont des réactions d’hypersensibilité retardée
- Apparaissant lors de l’introduction systémique (orale, transcutanée,intramusculaire, intraveineuse ou par inhalation) d’un haptène
-
- Chez une personne préalablement sensibilisée par voie cutanée.
-
- Le délai d’apparition des signes cutanés est généralement court, de quelques heures à quelques jours.

Annales de dermatologie et de vénéréologie (2008) 135, 743—747

Dermite de contact systémique

- Exemples:
- Patiente : dermite de contact au nickel

-Hospitalisée avec mise en place d'un cathéter central contenant du Nickel

-Dermite généralisée ou placards de dermite à distance

- Patient sensibilisé à la Néomycine pommade

Injection de Kanamycine a provoqué une dermite généralisée.



Réaction locale sur l’avant-bras perfusé

Annales de dermatologie et de vénéréologie (2008) 135, 743—747



Plaque érythémateuse de la cuisse chez la même malade.

Annales de dermatologie et de vénéréologie (2008) 135, 743—747

E. Formes étiologiques :

1/ Eczéma de contact d'origine professionnelle (loisirs)

- Chronologie évocatrice de l'origine professionnelle :
  Repos et congés → Amélioration, guérison.
  Reprise du travail → Récidive.
- Professions manuelles +++.



Gale du cimentier : allergie au sel de chrome contenu dans le ciment

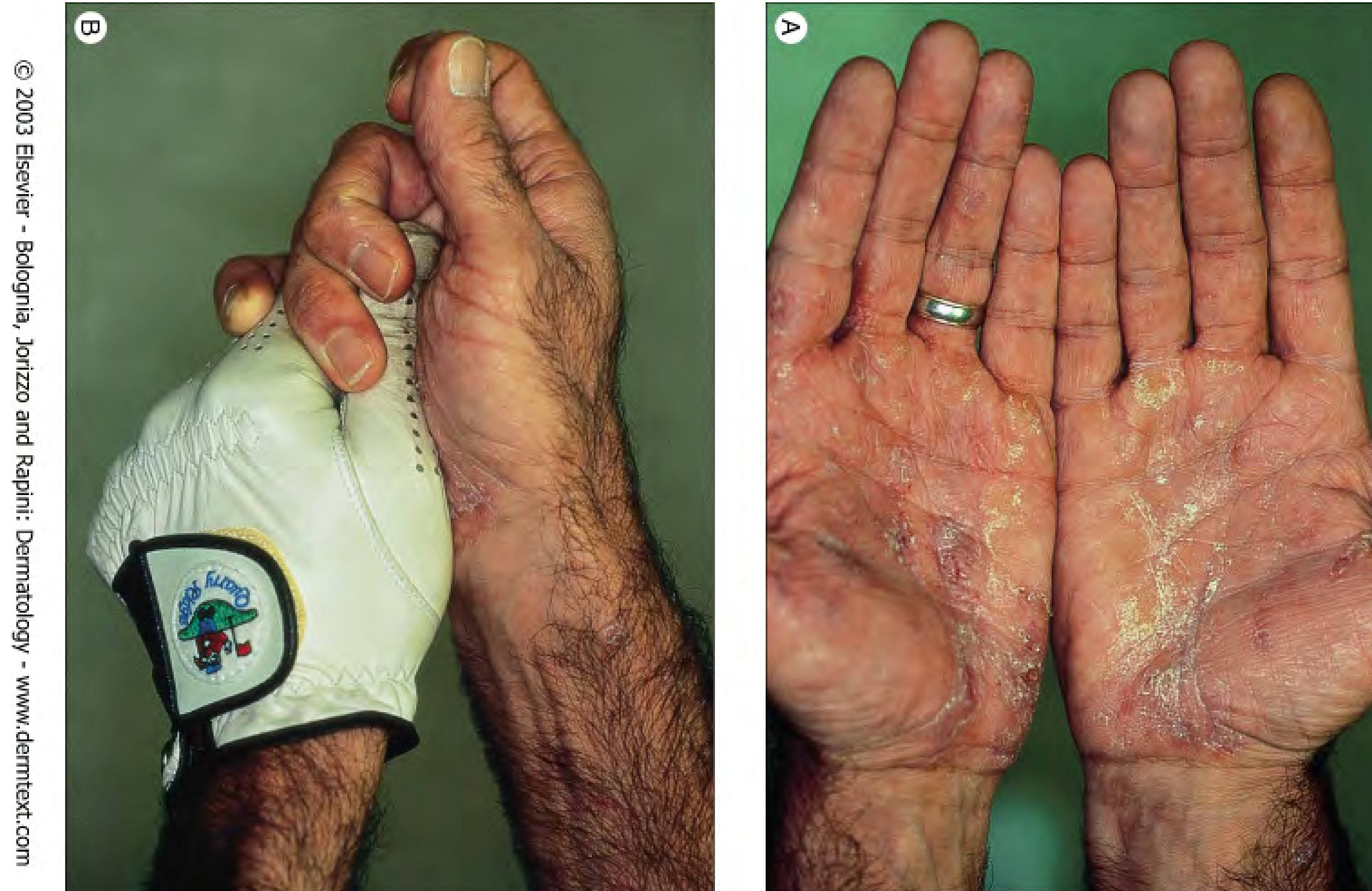


Eczéma de contact au Mercaptobenzothiazole trouvé dans les gants en caoutchouc



© 2003 Elsevier - Bolognia, Jorizzo and Rapini: Dermatology - www.dermtext.com

Eczéma de contact au glutaraldéhyde
Antiseptique à froid des surfaces hospitaliéres
Fixteur des piéces pour la microscopie électronique



Eczéma de contact chez un joueur de Golf au dichromate de potassium contenu dans les gants

Exemples de professions touchées :

Cimentiers, maçons carreleurs	Ciment (gale de cimentiers) Chromates alcalins
Agriculteurs Jardiniers Eleveurs	Lactones ,pesticides, gants Produits de jardinage Aliments du bétail
Coiffeurs	Nickel , paraphenylène diamine(PPD) Teintures capillaires Décolorants ,Shampoing
Cordonniers	Résine, colle, caoutchouc

Imprimeurs	Encre
Mécaniciens	Huiles industrielles, lubrifiants
Menuisiers	Bois, teinture, conservateurs
Peintres Personnels de santé	Pigments de peinture Antiseptiques Antibiotiques / Locale Gants en latex

2/ **Eczéma de contact d'origine cosmétique**

-Produits cosmetiques appliqués sur :

Visage, manuporté vernis.

Résine toluène –sulfonamide-formaldéhyde.

Cheveu et cuir chevelu : Teintures capillaires.

Autres: Dépilatoires ,déodorants .



Eczéma de contact à l'Aloés contenu dans une crème
Aloés extrait d'une plante l'Aloé Véra



Eczéma de contact à un baume contenant de la noix de Cajou. *Cashew Nut Shell Liquid* (CNSL) utilisé dans les huiles industrielles et dans les produits cosmétiques

3/Eczéma de contact d'origine médicamenteuse

Usagers de thérapeutiques topiques.

Antiseptiques mercuriels ,formol, chlorhexidine.

Néomycine .

Baume de pérou : tulle gras ,crème protectrice.

Lanoline .

AINS : parfenac.

Corticoides locaux.

Excipients (lanoline,alcool ethylique).



13 *Allergie de contact au minoxidil appliqué sur le cuir chevelu. Les coulées du produit expliquent la localisation rétro-auriculaire.*



14 *Dermatite de contact au Kétum® (kétoprofène gel) appliqué pour une épicondylite.*

4/Eczéma de contact d'origine vestimentaire

Vêtements ,chaussures, gants, lunettes et autres accessoires vestimentaires.

Nickel +++.

par le biais des Boutons, boucles, fermetures, agrafes et bijoux.



Figure 4.20. Eczéma au nickel – Localisation typique due à un bouton-pression des pantalons ou à une boucle de ceinture.



10 *Dermatite de contact aux sels de chrome du cuir des chaussures.*



Eczéma de contact (cuir des chaussures).

Dermatite de contact au Nickel



5/ Aliments et plantes

Zestes d'agrumes (orange).

Cannelle.

Gingembre.

Ail .

.


A


B


C


D



Dermite de contact chez un fleuriste



Patch test positif pour Alstroemeria (fleur rouge)



Figure 4.18. Dermatite due au sumac vénéneux – Stries vésiculeuses linéaires et érythème.



Figure 4.19. Sumac vénéneux – Feuilles trifoliolées.

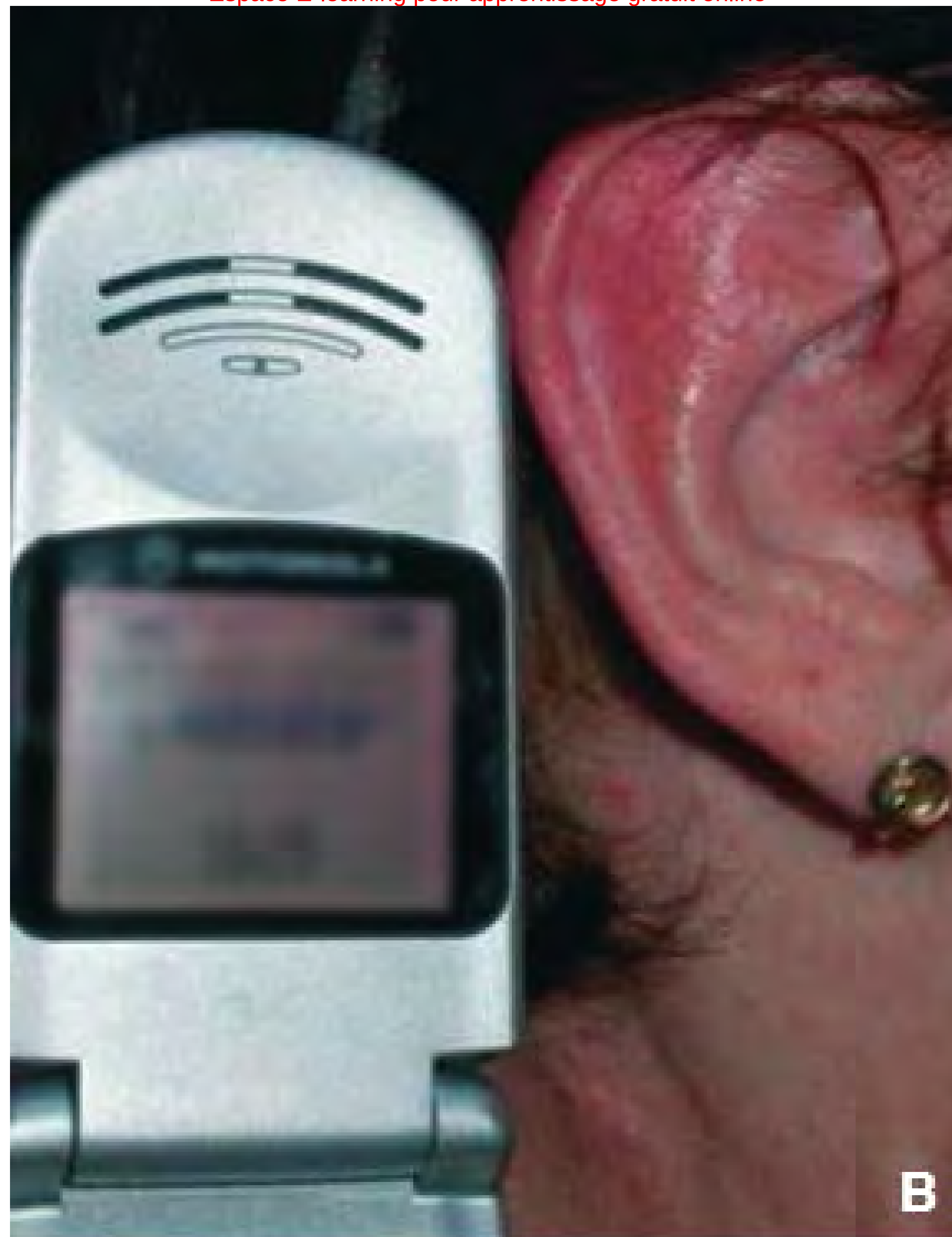


Eczéma de contact au Summac vénéneux chez une patiente qui a porté des gants

6/ Divers

préservatifs.

Orthèses, prothèses


B

3 Physiopathologie

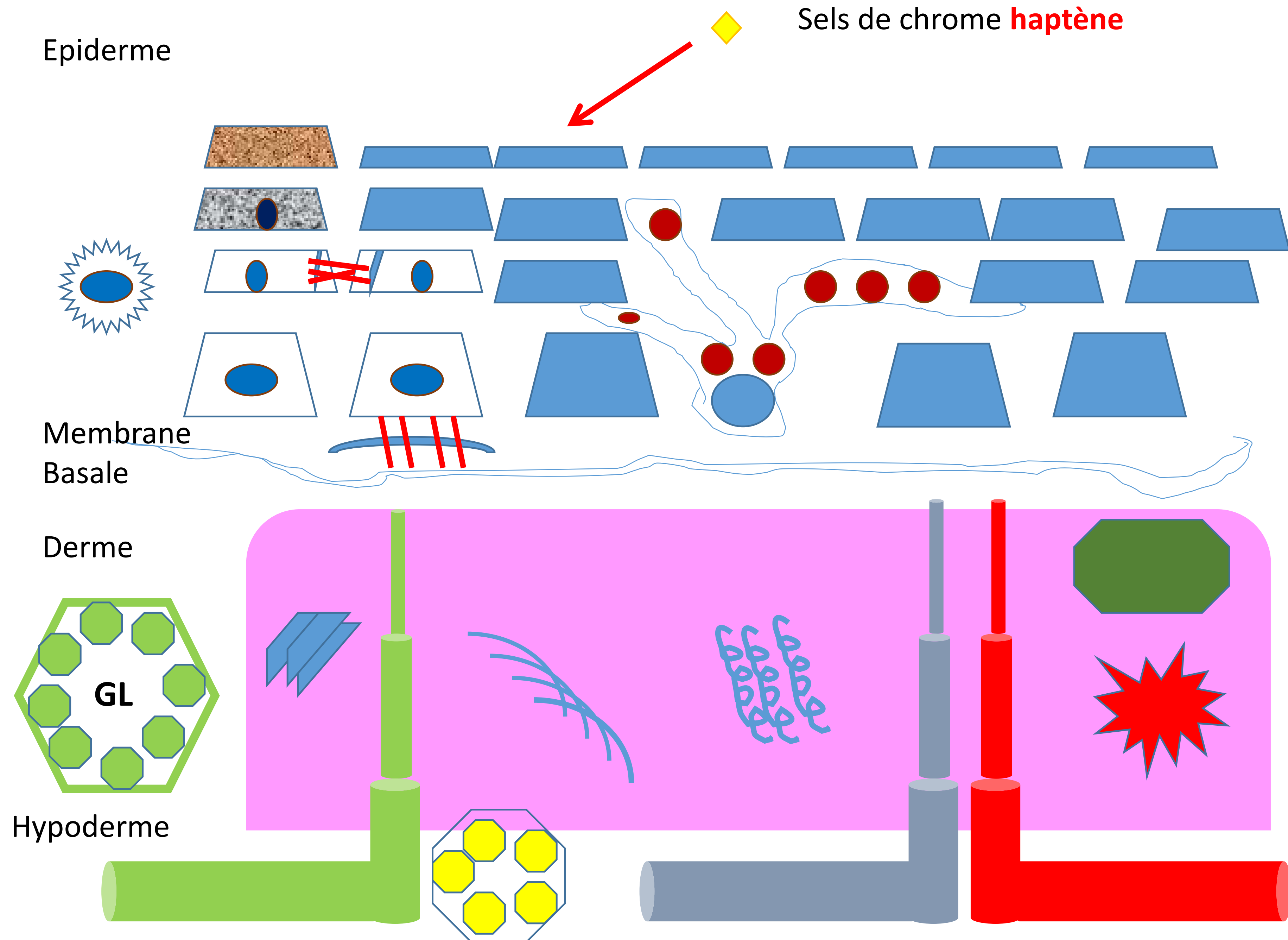
- Réaction d’hypersensibilité retardée type IV

Phase d’induction

Phase de révélation

Phase d’induction: lors du 1er contact

- Elle est asymptomatique
- Dure 6 à 7 jours
- La molécule exogène responsable est incapable d’induire une réaction immunogène en dehors de l’organisme: elle est dite **haptène**
- La molécule exogène couplée à une protéine de surface cutanée devient immunogène: elle est dite **allergène**


Sels de chrome **haptène**
Epiderme
Membrane
Basale
Derme
GL
Hypoderme

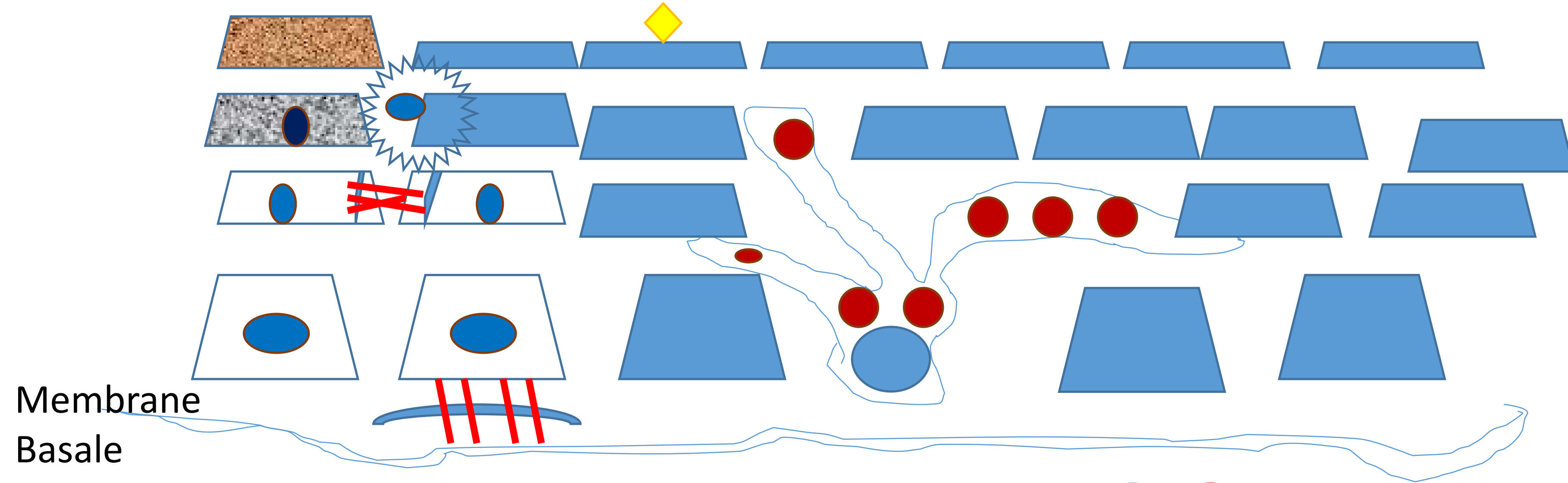
Epiderme

Membrane Basale

Derme

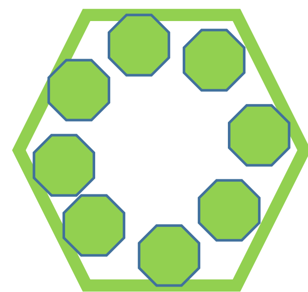
Hypoderme

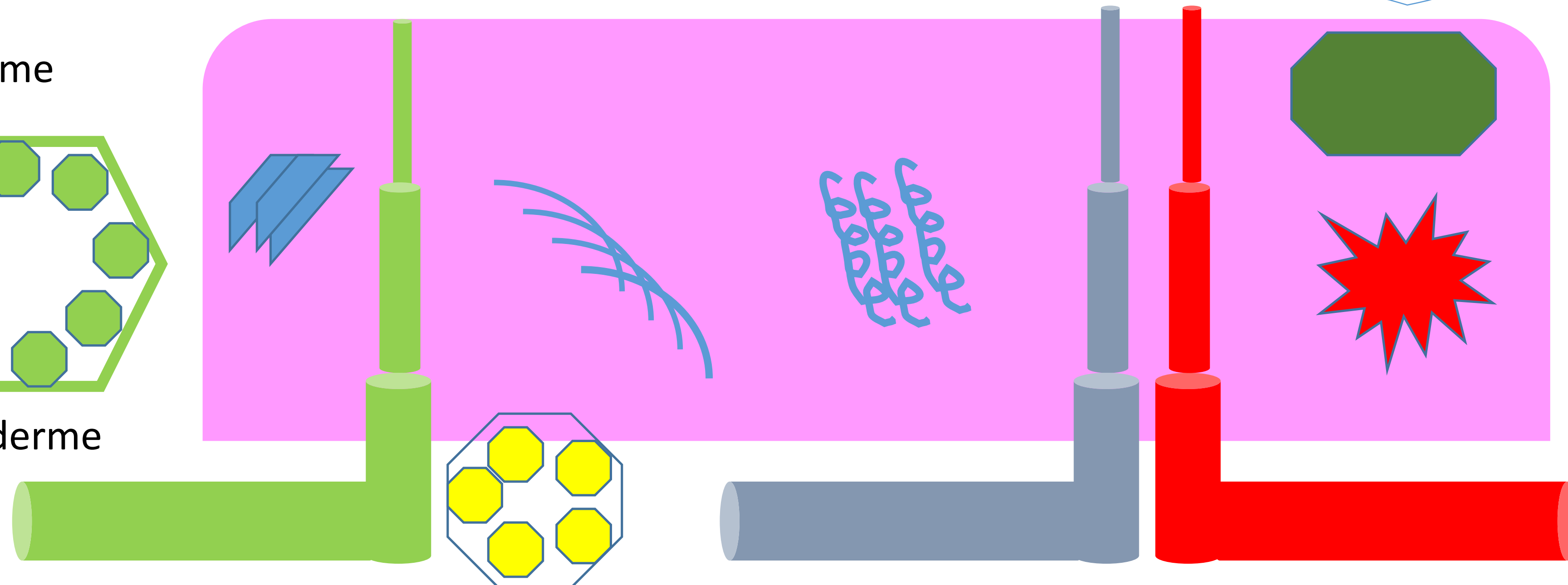
Epiderme



Membrane
Basale

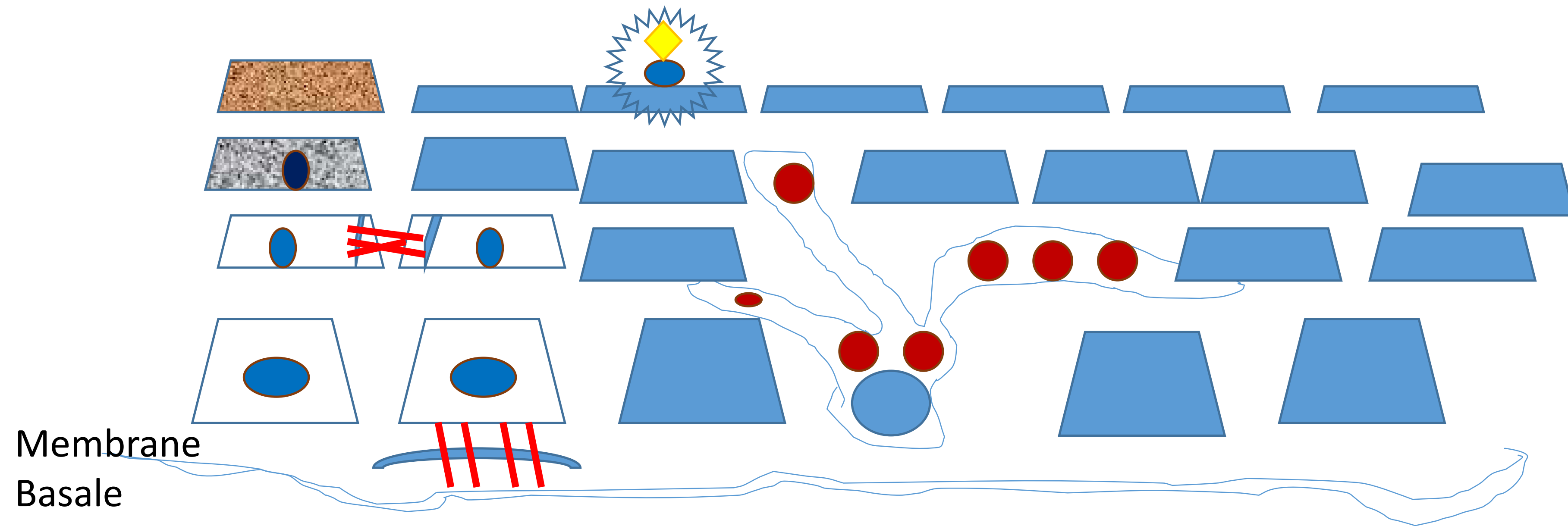
Derme





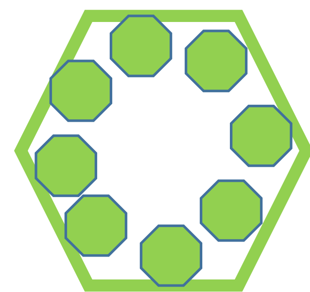
Hypoderme

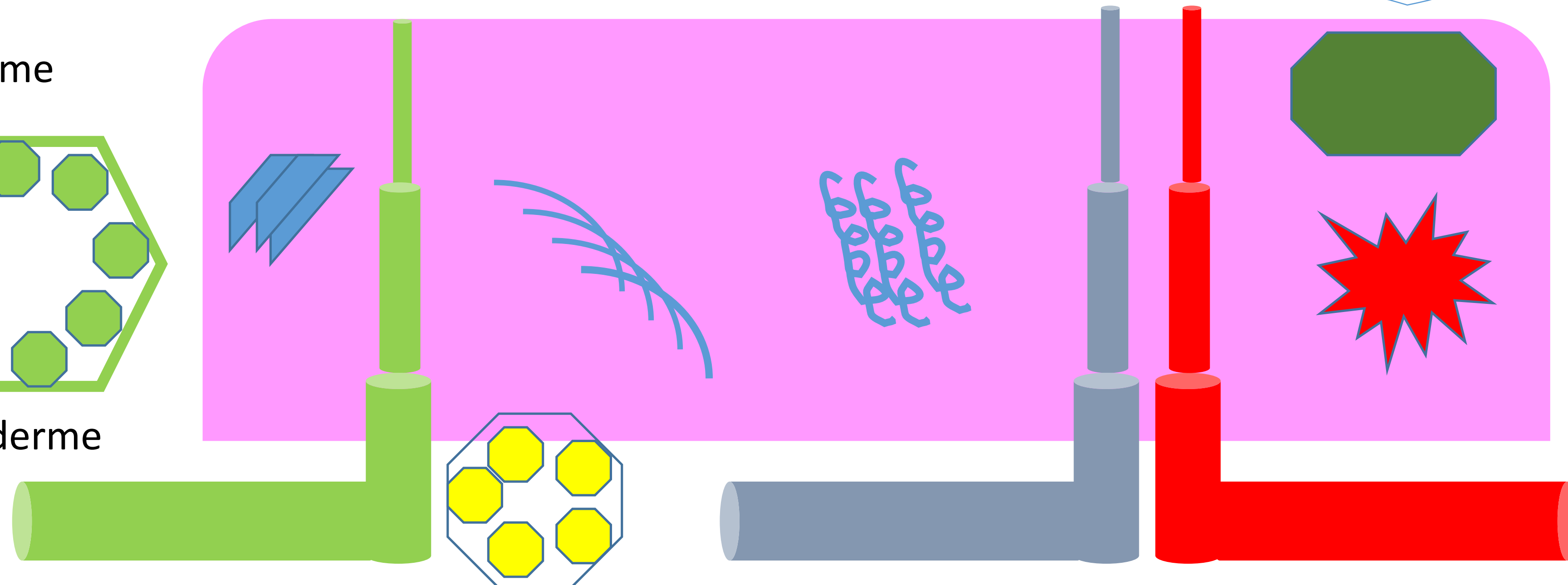
Epiderme



Membrane Basale

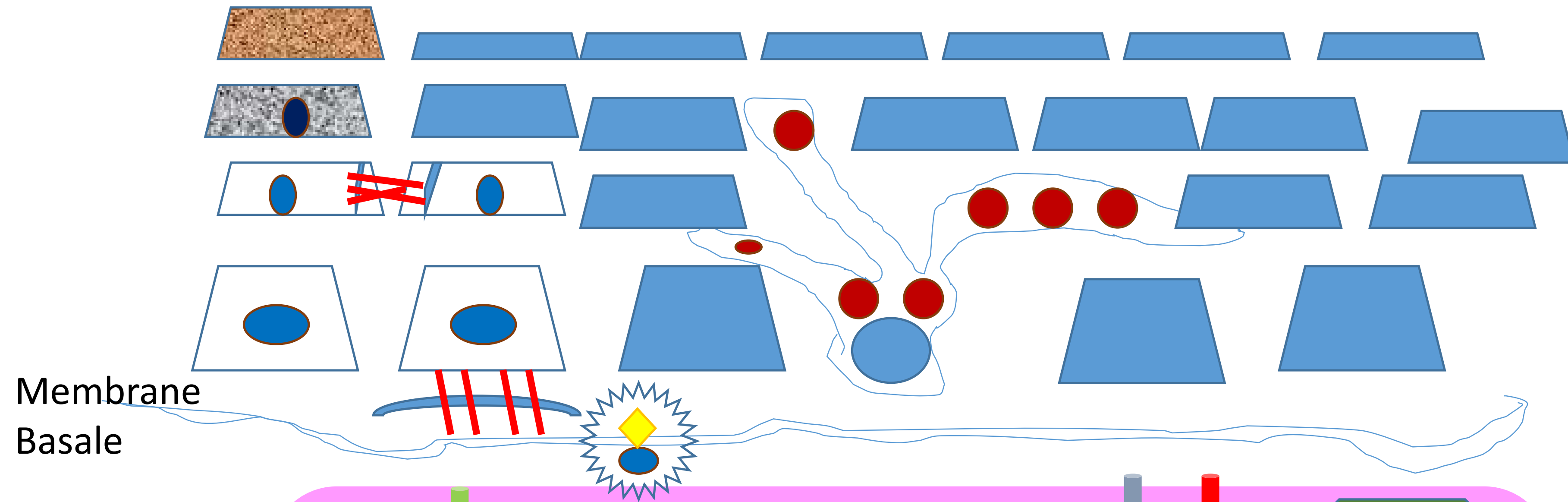
Derme





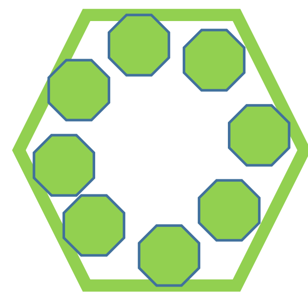
Hypoderme

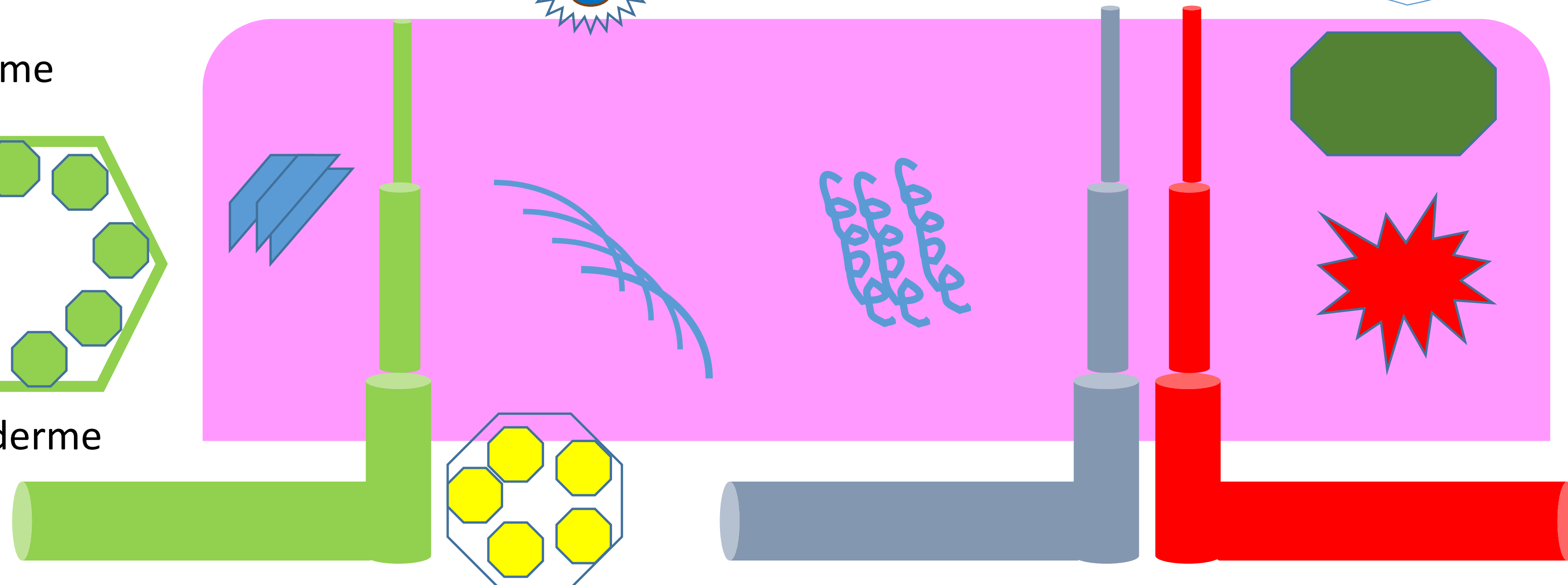
Epiderme



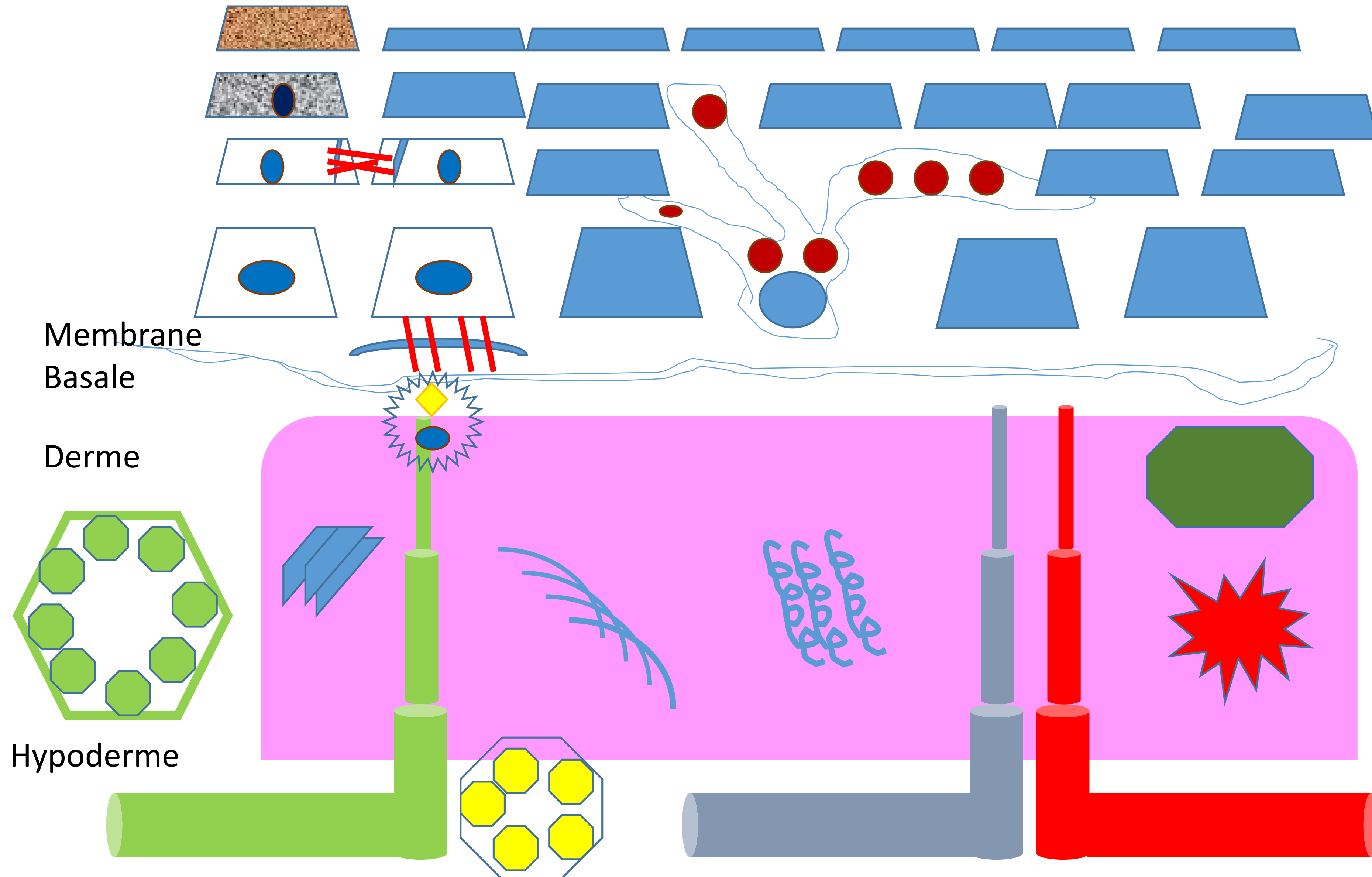
Membrane Basale

Derme

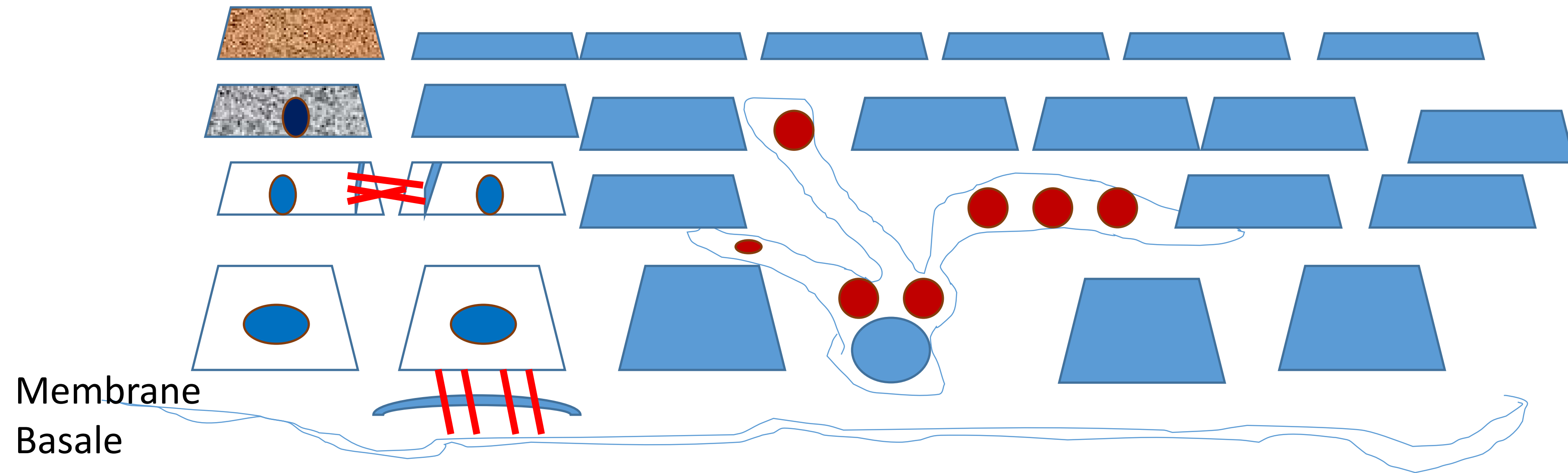




Hypoderme

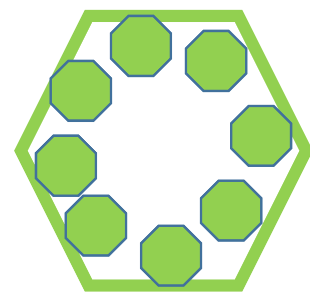

Epiderme
Membrane
Basale
Derme
Hypoderme

Epiderme

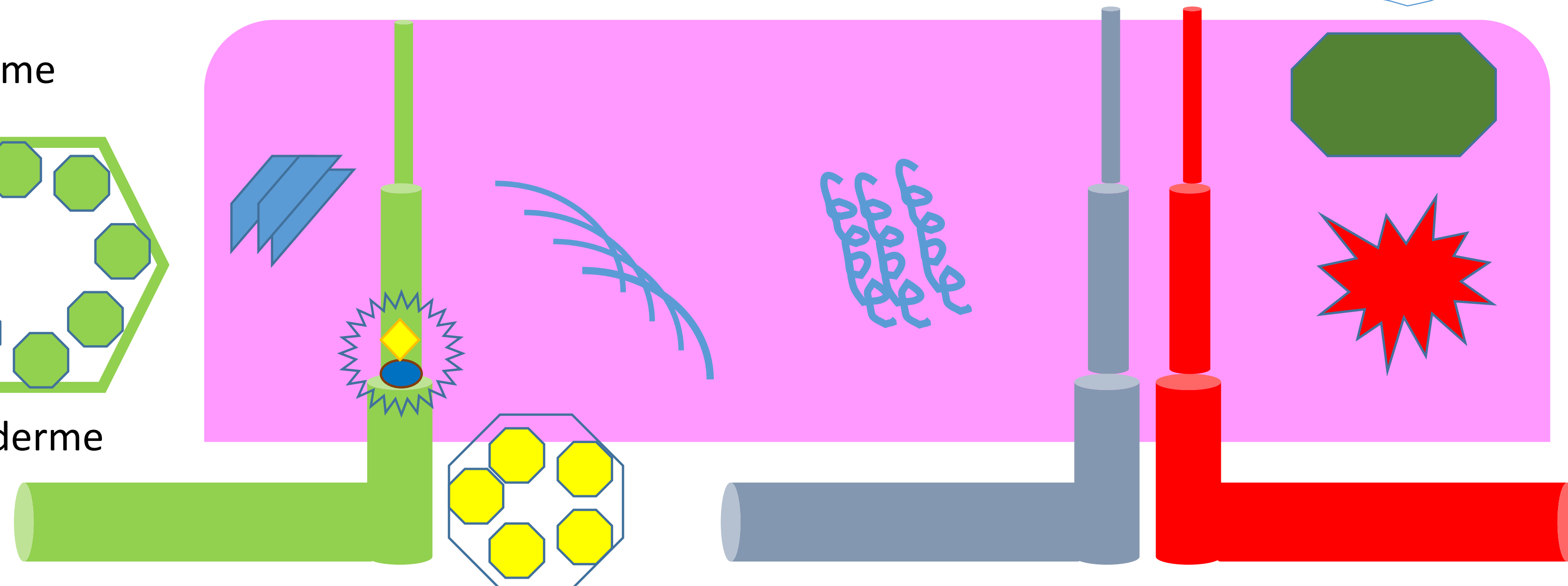


Membrane
Basale

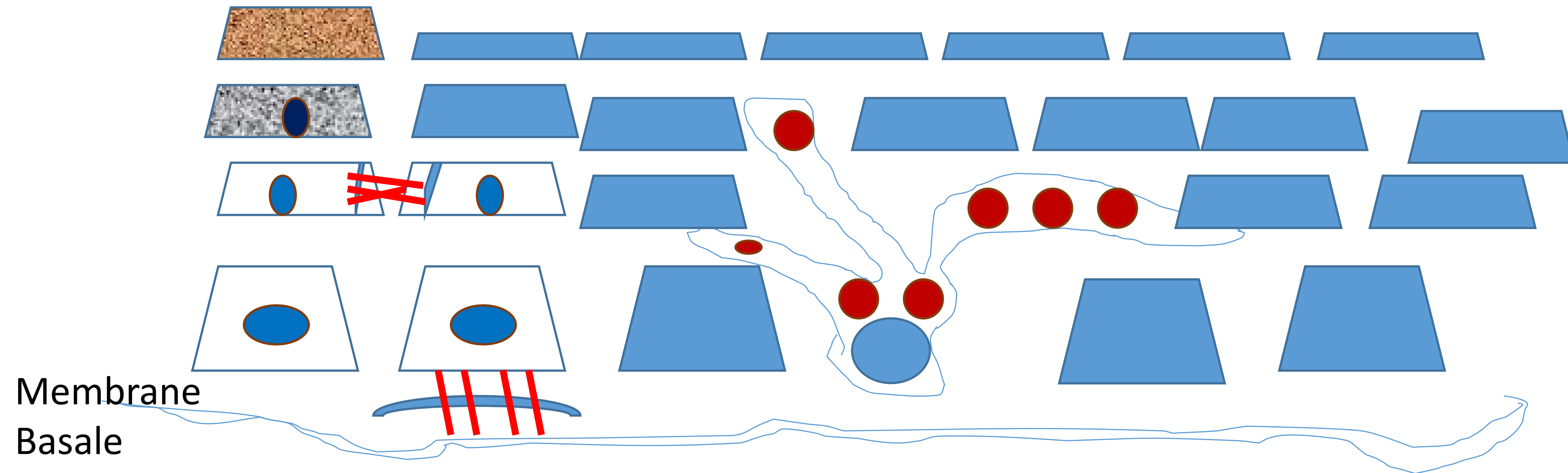
Derme



Hypoderme

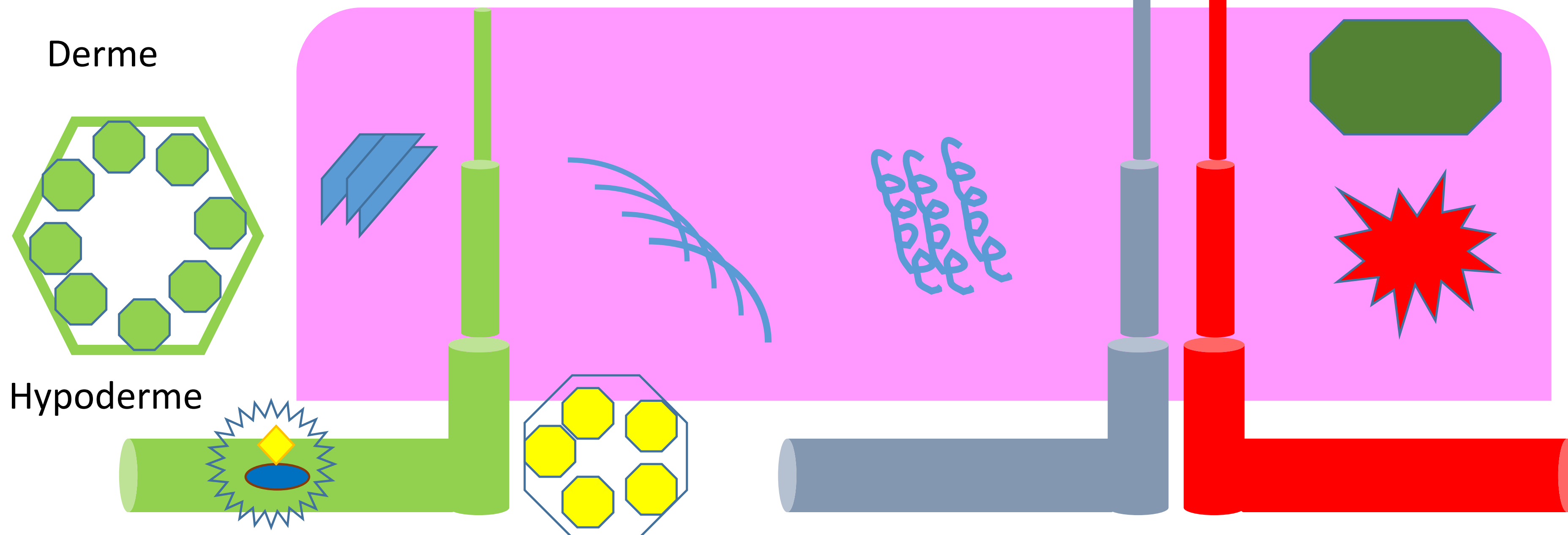


Epiderme



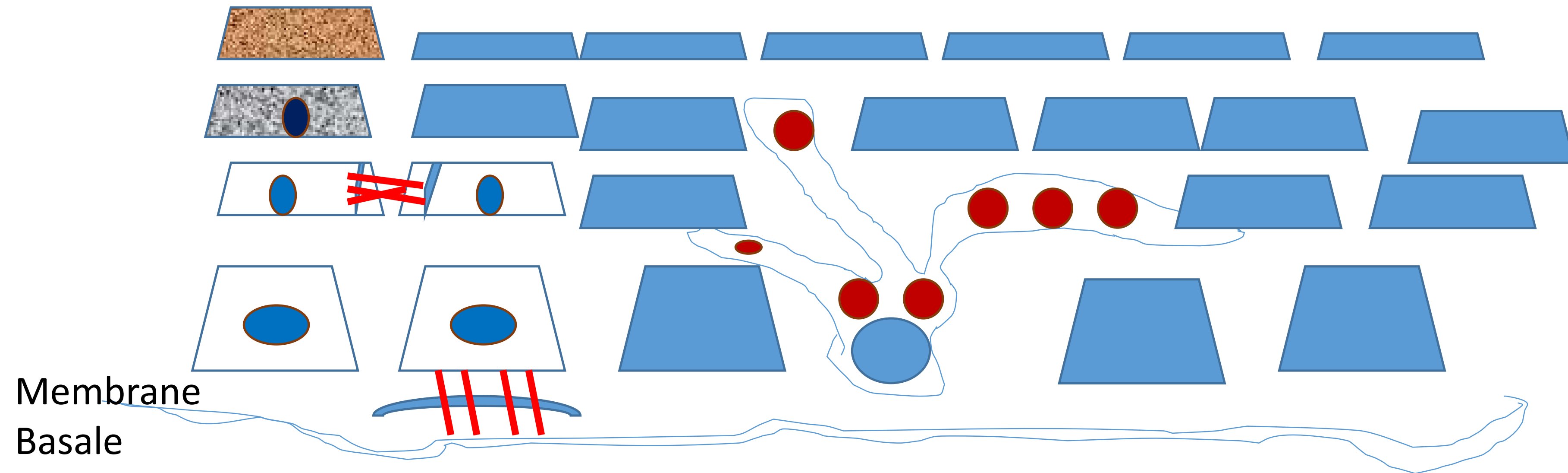
Membrane Basale

Derme



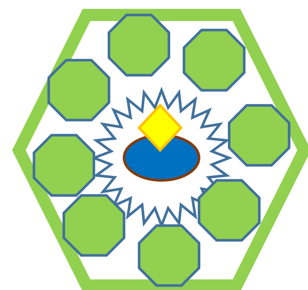
Hypoderme

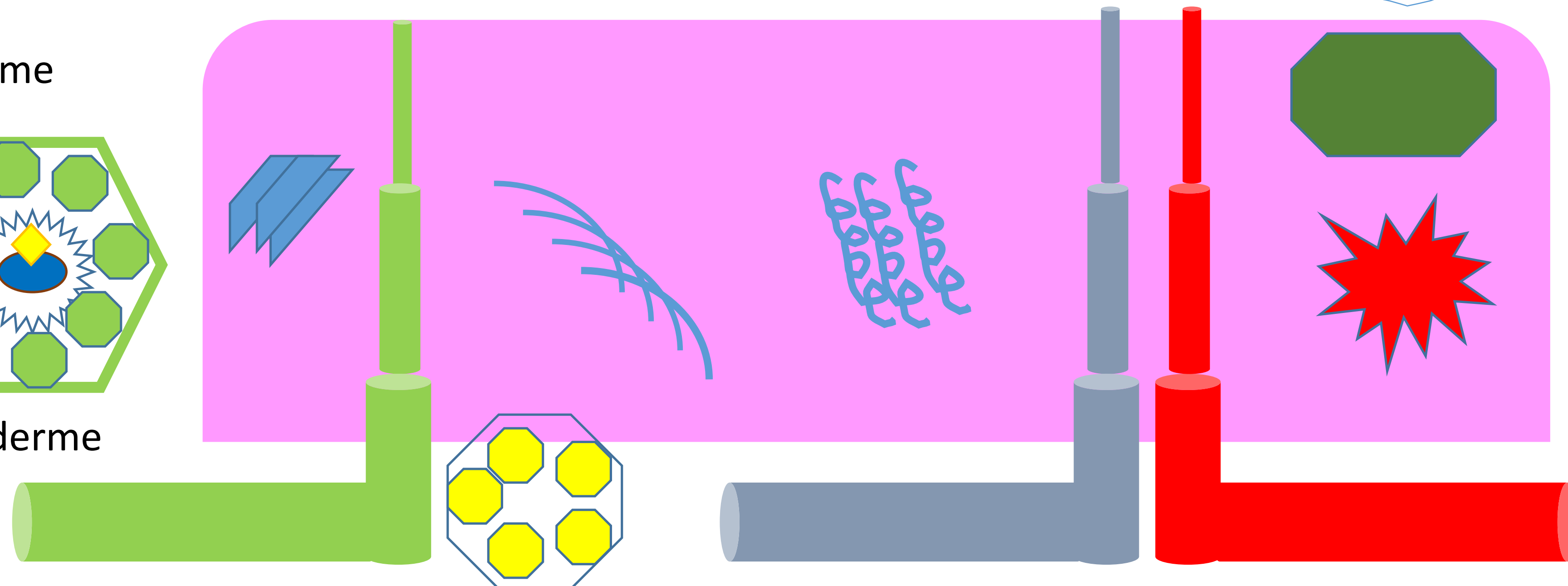
Epiderme



Membrane
Basale

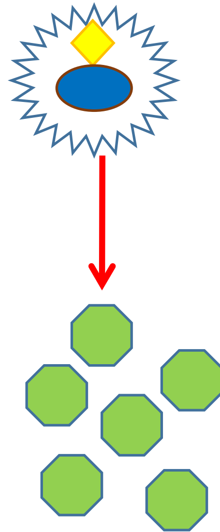
Derme

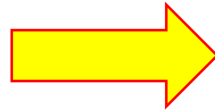


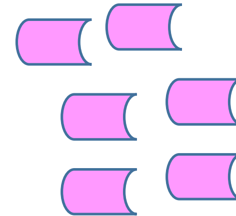


Hypoderme

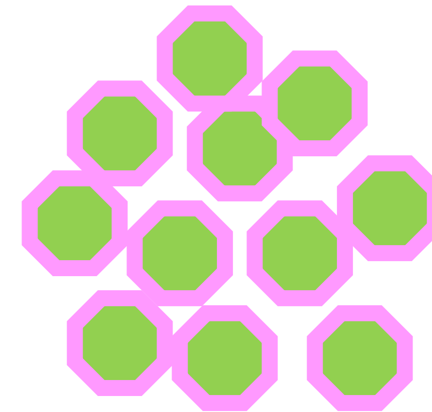
Cellule de Langerhans ayant internalisé une molécule de sel de chrome











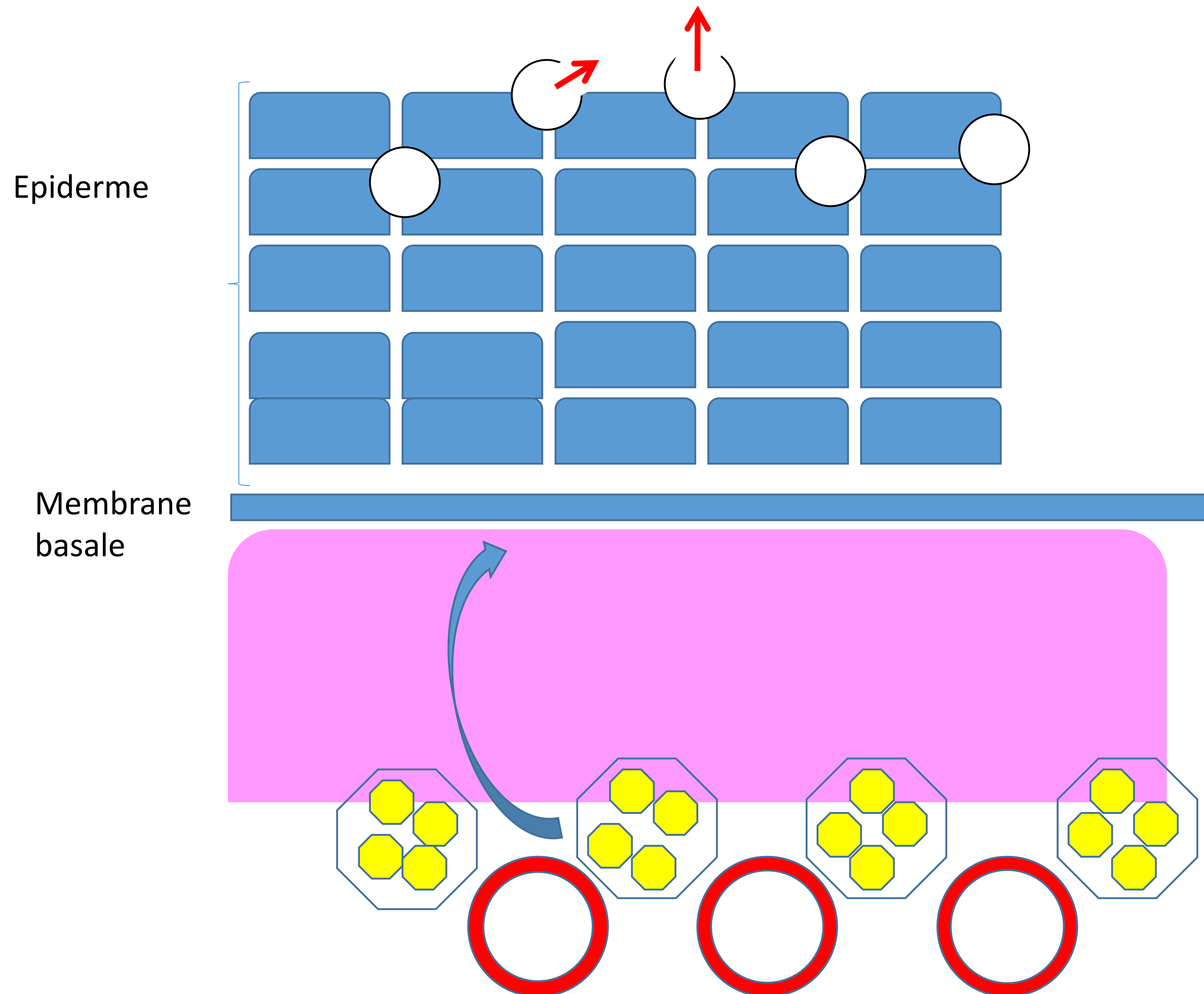
Lymphocytes T
Du ganglion L

Les lymphocytes T
Produisent de l'IL2

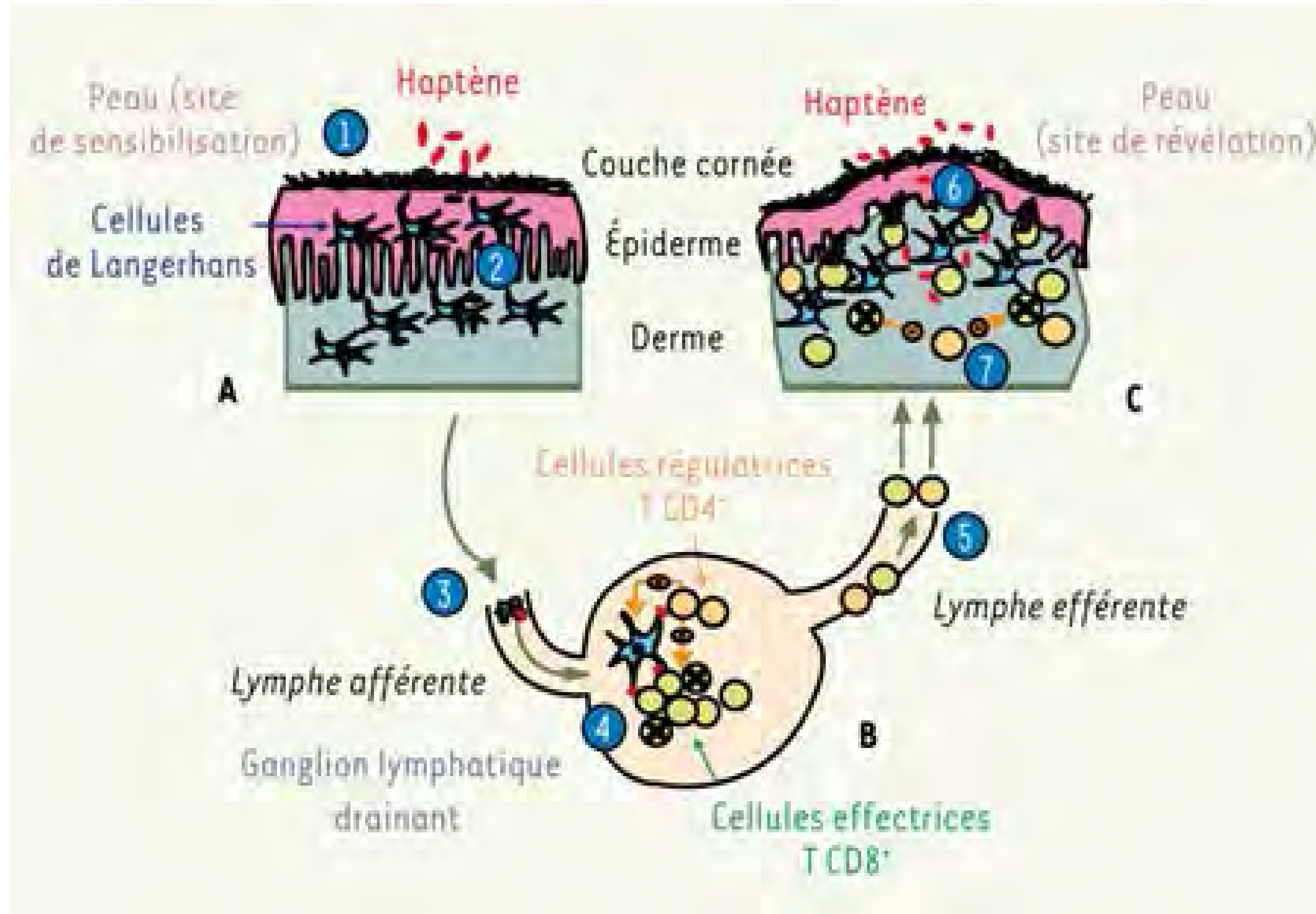
Les LT se multiplient
Pool de LT sensibilisés

Phase de révélation lors d'un contact ultérieur

- Elle dure 24 à 48 H
- Elle est symptomatique
- L'allergène est présenté par la cellule de Langerhans aux LT sensibilisés
- Ils recrutent les CD4+ helper
- Les CD4+ produisent de l'INF
- Vasodilatation et recrutement de cellules inflammatoires d'où exo sérose et exo cytose


Epiderme
Membrane
basale

Physiopathologie de l'eczéma allergique de contact:



Diagnostic positif

Interrogatoire

- Notion de contact
- Contacts antérieurs : retrouvés
- Les délais de sensibilisation doivent être recherchés
  - au moins 6 à 7 j entre le 1er et le 2éme contact
  - Au moins 24 à 48 h entre le contact et les signes
  - Prurit ++++

Examen physique

- Lésions d'eczéma
- Territoire du contact
- Topographies particulières
  - Paupières : vernis à ongles
  - Visage sans applications: eczéma aéroporté

Diagnostic étiologique

1. Interrogatoire

oriente vers l’étiologie

La topographie initiale

Les lésions, initialement localisées à la zone de contact avec l’allergène,.

Les circonstances de déclenchement: profession ou activités ayant pu conduire à un contact avec un allergène particulier 24 heures à quelques jours avant le début des lésions : jardinage, bricolage, menuiserie, peinture...

La chronologie: Il faut préciser l’évolution des lésions au cours du temps, leur amélioration ou leur aggravation pendant les week-ends, les vacances ou d’éventuels arrêts de travail.

tests épicutanés patch test:



© 2003 Elsevier - Bolognia, Jorizzo and Rapini: Dermatology - www.dermtext.com

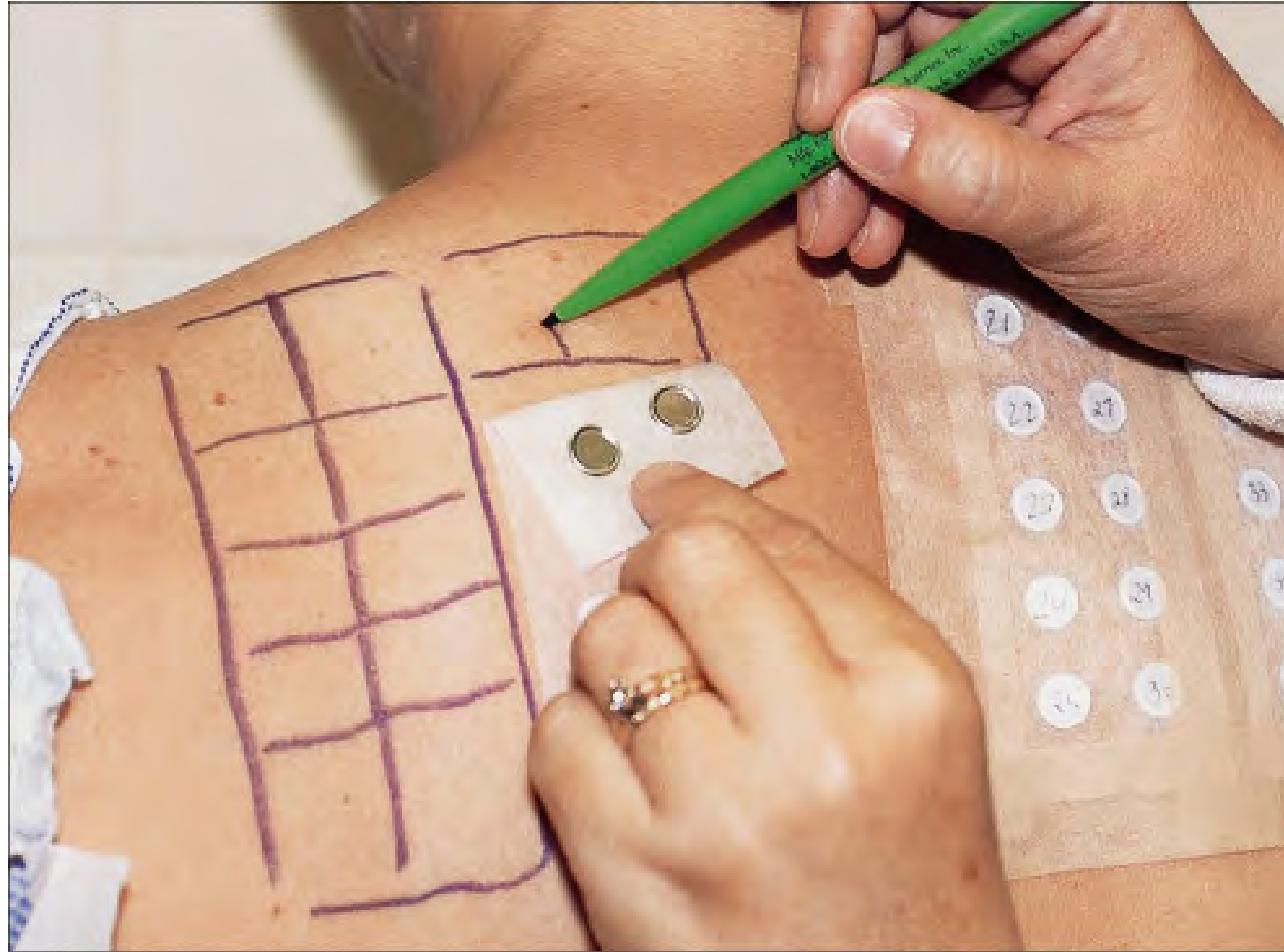
Ils sont réalisés à distance de la poussée d'eczéma (2 mois)

Chaque chambre contient un seul allergène différent d'une chambre à une autre.

La quantité d'allergène est infra irritative



Un sparadrap hypoallergénique est utilisé pour fixer les chambres sur la peau non dégraissée du dos



La zone de chaque allergène est délimitée dés le retrait des chambres à la 48 H
Une seconde lecture à la 72 H ne concernera que les zones négatives



© 2003 Elsevier - Bolognia, Jorizzo and Rapini: Dermatology - www.dermtext.com

Ici réaction positive au PPD +++ Paraphénylènediamine (stabilisant des colorants pour cheveux, tissus, cuirs)



Réaction positive au nickel +++





Eczéma chronique rétro auriculaire par allergie aux parfums.
b) Polysensibilisation révélée par les épidermotests chez la même patiente



Tests épi cutanés

Système de grading international pour les patch test

+/-	**Réaction douteuse discret érythème**
+	**Réaction faible : érythème papuleux sans vésicules**
++	**Réaction forte : érythème avec papules et vésiculation**
+++	**Réaction bulleuse étendue**
-	**Réaction négative**

- **Faux positifs:**
  - Produit irritatifs
  - Vasodilatation: corticoïdes
  - excipient
- **Faux négatifs**
  - Concentration faible du produits
  - Produits ne passant pas la barrière cutanée
  - Lecture précoce

Diagnostic différentiel
Dermite irritative

Meilleur exemple

- Dermite des ménagères
- Usage intempestif et prolongé des détergents
- Destruction du film hydrolipidique
- Dermite d'irritation

Eléments de diagnostic différentiel entre eczéma de contact et dermite d'irritation

	Eczéma	Dermite d'irritation
Lésions cutanées	Bords émiettés	Bords nets Papule plutot que vésicule
Topographie	Peut déborder la zone de contact	Limitée à la zone de contact
Symptomatologie	prurit	brulure
Histologie	Spongiose, exocytose	Nécrose épidémique
Tests épicutanés	Positifs(lésion d'eczema)	Négatif ou irritation



Dermite irritative due à l'occlusion prolongée dans les chaussures



Dermite irritative aux anti acnéiques
Appliqués en grandes quantités



Manipulation prolongée de solvants de peintures
Dermite irritative chez un peintre



Dermite irritative chez un dentiste:
Usage répété des antiseptiques et
lavages au savon désinfectant
Les patch test au latex aux antiseptiques
Et au savon étaient tous négatifs



Figure 4.23. Dermatite de contact d'irritation – Due à un lavage excessif des mains.

evier - Bolognia, Jorizzo and Rapini: Dermatology - www.derm



Figure 4.24. Érythème fessier (d'irritation) – Dû à des changements de couches insuffisants.

Evolution:

- L'éviction de l'allergène est suivie de la guérison de l'eczéma en dix à quinze jours.
- En l'absence d'éviction, les lésions passent à la chronicité.
- **Complications**

1. Surinfection

- L'impétiginisation des lésions est suspectée devant la présence de croûtes
- jaunâtres, parfois associées à des adénopathies et à de la fièvre.

2. Erythrodermie

- L'érythrodermie est une généralisation des lésions sous forme d'érythème
- disséminé prurigineux squameux ou vésiculeux.

3.Retentissement socio-professionnel

- Le handicap induit par les eczémas de contact chroniques, en particulier des mains, peut être considérable

- A/ ECZEMAS ENDOGENES : **Dermatite atopique**
  - 1/Définition
  - 2/Epidemiologie
  - 3/Formes cliniques
  - 4/Physiopathologie
  - 5/Diagnostics

I. Définition:

- La DA est un des composants de la « maladie atopique »

- **L'atopie** est une prédisposition personnelle et/ou familiale d'origine génétique à produire des anticorps d'isotype IgE lors de l'exposition à des allergènes environnementaux

- **DA** (peau), **asthme** (bronches), **rhinite (ou rhinoconjonctivite)** allergique (muqueuses ORL et ophtalmologique), **allergie alimentaire** (muqueuse digestive)
- Elle débute souvent chez le nourrisson, atteint essentiellement les enfants mais persiste parfois à l'âge adulte

II. Épidémiologie:

- La prévalence de la dermatite atopique est en augmentation constante .
- 10 % des enfants
- 50% à 70% des patients atteints de DA ont un parent au premier degré atteint d'une DA, d'un asthme ou d'une rhinite allergique

III. physiopathologie

interaction entre:

Des facteurs environnementaux et inflammatoires

un terrain génétique prédisposant (anomalies de la barrière cutanée)

III. physiopathologie

1. facteurs génétiques

50 à 70 % des patients atteints de DA

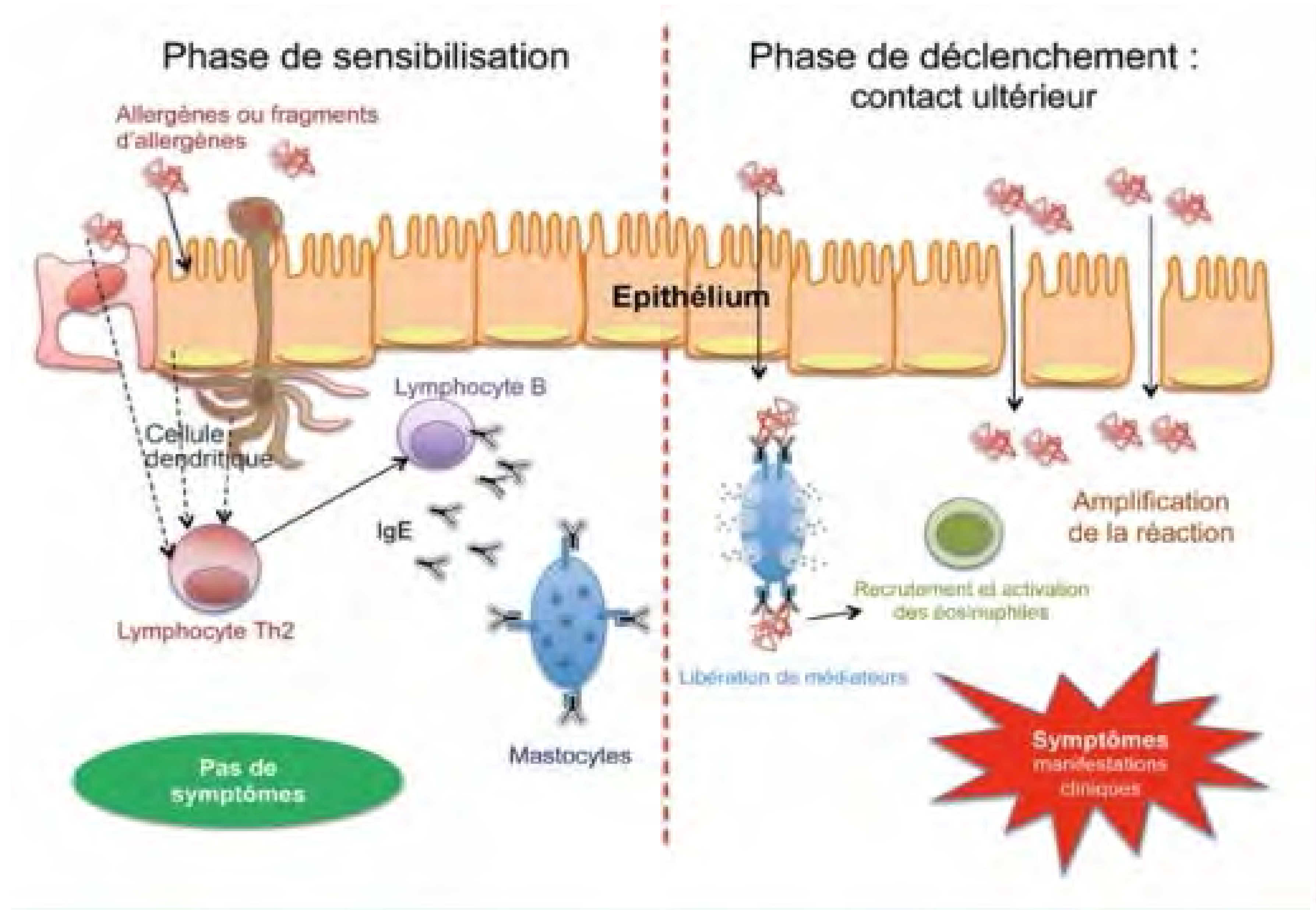
- Ont un parent atteint de
  - DA
  - Asthme
  - Rhinite allergique

le mode de transmission est inconnu: (polygénique)

- des anomalies génétiques de la barrière cutanée sont un composant majeur de la prédisposition. perte de fonction du gène de la filaggrine

2. Facteurs immunologiques

- la réaction d'hypersensibilité retardée
- la libération de cytokines dans la peau, par les lymphocytes qui est responsable des lésions d'eczéma;
- les éventuels allergènes environnementaux qui sont potentiellement responsables mais non connus;


Phase de sensibilisation
Phase de déclenchement : contact ultérieur
Allergènes ou fragments d'allergènes
Epithélium
Cellule dendritique
Lymphocyte B
IgE
Lymphocyte Th2
Mastocytes
Pas de symptômes
Amplification de la réaction
Recrutement et activation des éosinophiles
Libération de médiateurs
Symptômes
manifestations cliniques

III. Physiopathologie

3.Anomalies de la barrière épidermique:

- expliquent la sécheresse cutanée et justifient l'utilisation d'émollients

4.facteurs environnementaux

- 10 à 20% des enfants dans les pays ,industrialisés à niveau socio-économique élevé où il existe un doublement de sa prévalence en une vingtaine d'années.
- « théorie hygiéniste»
- qui propose que la diminution de l'exposition aux agents infectieux est responsable de modifications de la régulation du système immunitaire inné, en déviant les réponses immunitaires dans le sens de l'allergie.

IV/ ETUDE CLINIQUE

Étapes de la vie

1)Nourrisson et jeune enfant (jusqu'à deux ans)

Début précoce vers **3mois**, parfois plus tôt.

- Topographie des lésions

les zones convexes du visage (avec un respect assez net de la région médio-faciale)

- Sur le cuir chevelu il peut exister une atteinte d'allure «séborrhéique avec des squames jaunâtres et grasses«croûtes de lait»)



1)Nourrisson et jeune enfant (jusqu'à deux ans)

- Atteinte des membres
- L'atteinte du tronc et des plis est possible dans les formes étendues



1)Nourrisson et jeune enfant (jusqu'à deux ans)

- Aspect des lésions: variable selon le moment de l'examen (évolution par poussées aiguës ou subaiguës
- un fond de sécheresse cutanée permanent.

- **Les lésions aiguës**: mal limitées, érythémateuses, suintantes puis croûteuses

- **Les formes mineures et chroniques** sont peu inflammatoires et responsables d'une rugosité cutanée (sécheresse ou xérose) des convexités.

- Le prurit important et responsable de troubles du sommeil.
- Le grattage: se manifeste par des mouvements équivalents (frotte-

ment des joues contre les draps et les vêtements, agitation, griffures

Agitations, malaise, pleurs





- **Atteinte périnéo fessiére se voit dans 20% des cas**
- **Englobe les organes génitaux externes**

2) Chez l’enfant de plus de deux ans

topographie:

- **Aux plis++++**

(coudes, creux poplités, cou et fissures sous auriculaires très fréquentes)

dans certaines zones «bastion»(mains et poignets, chevilles, mamelons) où elles persistent de façon chronique et parfois isolée.



2) Chez l'enfant de plus de deux ans

Au visage, des lésions hypopigmentées, parfois rosées, finement squameuses sont fréquemment observées en particulier l'été:«eczématides» Ou «dartres achromiantes» de regressin spontanée





Sillon sous auriculaire

Weston



.15. Xérose – aspect cendré sur la peau noire.



Figure 4.5. Eczéma des paupières avec accentuation des plis cutanés.



Figure 4.3. Eczéma de l'enfant – plaque prurigineuse lichénifiée sur le cou.



Figure 4.12. Signe de Dennie-Morgan – plis cutanés supplémentaires au niveau des paupières inférieures.



Figure 4.13. Pityriasis alba – plaques hypopigmentées un peu squameuses.

3)Chez l’adolescent et l’adulte

- La DA persiste rarement chez le grand enfant, et s’aggrave à l’adolescence
- en général le même aspect que chez l’enfant de plus de 2ans (plis)
- Tableau polymorphe
  - papulovésicules
  - Prurigo
  - Dyshidrose
  - eczéma nummulaire.
  - xérose cutanée majeure.



Dermatite atopique de l’adolescent: érythème et xérose du visage



Xérose, érosions dues au grattage



Atteinte sévère de la main chez un adulte



Aspect polymorphe chez l’adulte: lichenification et prurigo



Atteinte micropapuleuse des plis des coudes et des flancs typique d'un eczéma.



Cheilite atopique

J L Bonafé

3)Chez l'adolescent et l'adulte

- Un début tardif à l'âge adulte: rare
- éliminer une autre dermatose prurigineuse (gale, eczéma de contact, lymphome cutanéT

Diagnostic positif

Interrogatoire:

- antécédents d'atopie chez un parent au premier degré.
- Antécédents personnels d'allergie alimentaire, d'asthme ou de rhino-conjonctivite allergique
- Prurit
- Chronicité, début précoce dans la vie, évolution par poussées

Clinique

Topographie évocatrice

Lésions de grattage, lichenification

Paraclinique:

- Une éosinophilie
- une augmentation des IgE sérique
- **Histologie : image d'eczéma sans particularités**

Examens paracliniques orientés:

- prick-tests cutanés: Suspicion d'allergie alimentaire associées

Aggravation de la DA après ingestion d'un aliment

- dosage des IgE sériques spécifiques et prick-tests : asthme ou allergie alimentaire
- tests épicutanés ou patch tests: ECA associé

Diagnostic différentiels

- Nourrisson
  - Dermatite séborrhéique
  - Gale
  - rares syndromes impliquant un déficit immunitaire : syndrome de Buckley
- Enfant, adolescent, adulte
  - Gale
  - Psoriasis
  - Eczéma de contact

Évolution:

Complications:

- **les surinfections cutanées bactériennes**
- Le ,staphylocoque doré,colonise habituellement la peau de l'atopique.
- L'impétiginisation: difficile à apprécier
- présence de lésions vésiculo bulleuses inhabituelles fera évoquer le diagnosticL'
- **Surinfection herpetique**: parfois dramatiques.
- Une modification rapide de l'aspect des lésions avec présence de vésiculo pustules, de lésions nécrotique avec de la fièvre



Herpes virus type 1 HSV1 essentiellement

Pustulose généralisée de Kaposi Juliusberg

- **État général altéré: fièvre**
- **Encéphalite**
- **Septicémie**
- **Antiviraux: voie IV**

Proscrire le baiser adulte infectant le nourrisson atopique :

KILLING KISS



Surinfection avec impétiginisation

Retard de croissance

C'est une complication rare

Doit faire suspecter une allergie alimentaire

Se corrige après traitement de la DA

Eczéma de contact

Sensibilisation aux topiques émollients
surtout conservateurs
et parfums

Complications ophtalmologiques: Kératoconjonctivites

Cataractes

Rares

Ne pas rechercher systématiquement

- IV/ TRAITEMENT
  - A/ Objectifs
  - B/ Moyens
  - C/ Indications

A/ OBJECTIFS

- Eviter les complications
- Traiter la poussée
- Eviter la récidive

B/ MOYENS

- MOYENS LOCAUX
- MOYENS GENERAUX

MOYENS LOCAUX

- Lavage à l'eau distillée
- Vaporisation au sérum physiologique
- Traitements antiseptiques doux : $KMnO_4$
- Asséchants :
  - Éosine aqueuse
  - Bleu de Méthylène

Moyens locaux

- Antibiotiques topiques
- En cas de surinfection
  - Acide fucidique :
    - Fucidine créme
    - Fucidine pommade
    - Fucithalmique : gel ophtalmique
  - Mupirocine
    - Bactroban pommade
  - Chlortétracyclines
    - Auréomycine pommade 3% et 1%

Moyens locaux

- Dermocorticoïdes
- Principal arme thérapeutique
- Doses dégressives : 2X/J 1X/J 1J/2
- Dipropionate de bétaméthasone
  - Diprosone créme : plis
  - Diprosone pommade: zones glabres en dehors des plis
  - Diprosone lotion : cuir chevelu
- Efficort , locapred, locoide, hydracort, cortiderm

Moyens locaux

- **Emollients et crèmes barrières**
- Vaseline pure
- Huile d'amandes douces
- Cold cream
- Oilatum
- Atopicalm
- Emolliente extrême
- Lipikar
- Stellatopia
- Bariéderm

Moyens généraux

- Antibiotiques en cas de surinfection importante
- Eviter les bétalactamines
- Macrolides : clarithromycine
  - Zeclar cp
- Antistaphylococciques: pristinamycine
  - Pyostacine cp

Moyens généraux

- **Antihistaminiques**
- Dexchlorphéniramine: polaramine
  - Cp 2mg
  - Sirop
  - Cp 6m Polaramine répatabs

- Loratadine : Clarytine cp 10 mg ou sirop
- Cétirizine : Zyrtec cp 10 mg ou gouttes
- Oxomémazine: Doxergan cp ou sirop
- Méquitazine : Primalan cp ou sirop

Moyens généraux

- Corticothérapie générale: pas de place dans l’eczema

Traitement de l’eczéma de contact





Avant traitement

Eczéma de contact à l'eau de Cologne

Après traitement

Quel traitement ?

EVICTION

Traitement de la Dermatite atopique

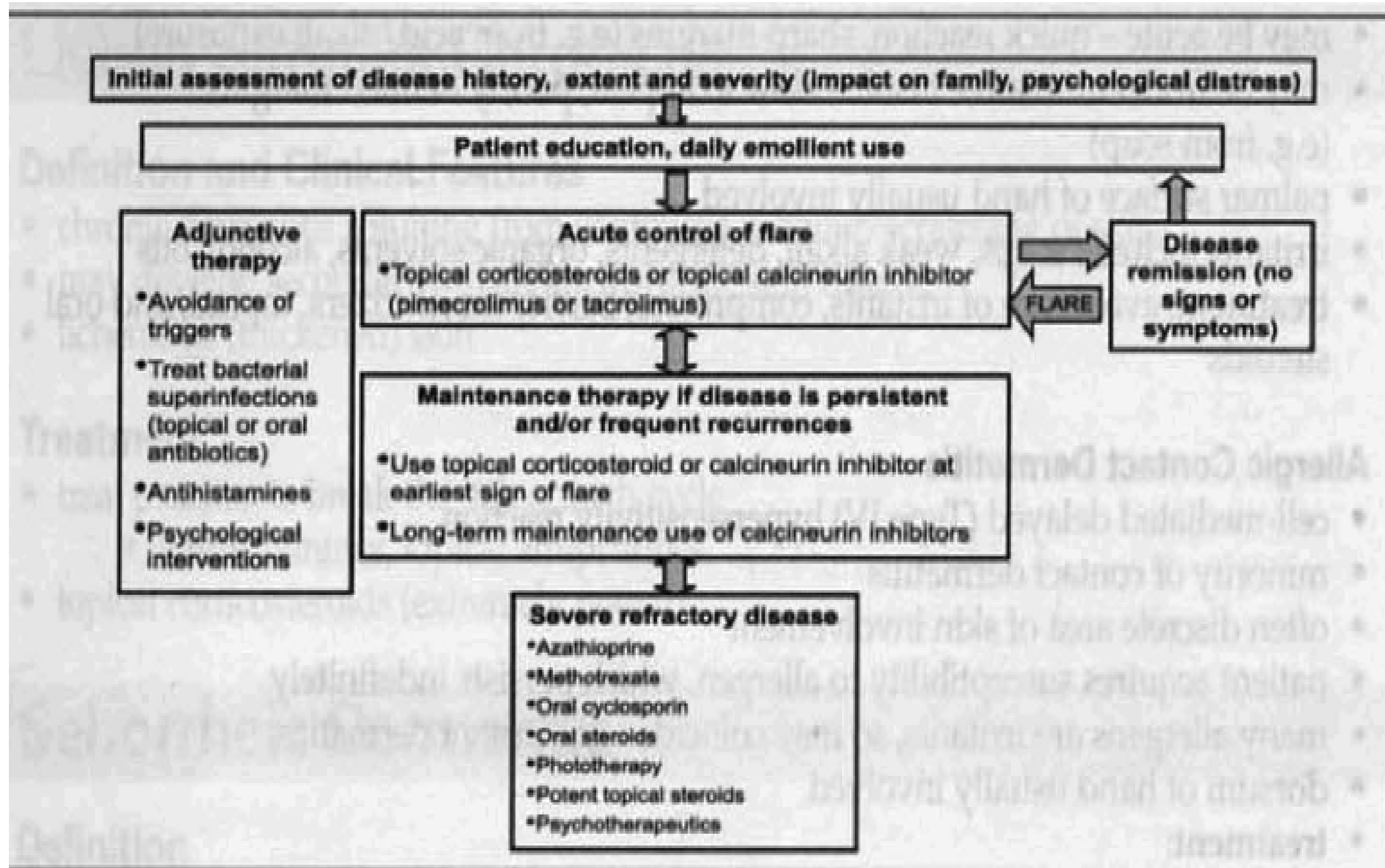
traitement

- formations à donner—Éducation thérapeutique
- conseils à donner
- Habillement: éviter les textiles irritants ,préférer coton et lin.
- Éviter l'exposition au tabac.
- Maintenir une température fraîche dans la chambre à coucher. Ne pas trop se couvrir la nuit.
- Exercice physique, sports: à conseiller.
- Douche et émollients après, en particulier pour la natation
- Se méfier des infections herpétique

traitement

- Traitement des poussées
- pas de place pour la corticothérapie générale dans
- Dermocorticoïdes
- Inhibiteurs de la calcineurine topiques (ou immunomodulateurs topiques) Antihistaminiques oraux (anti-H1: effet sedatif
- Antiseptiques et antibiotiques locaux ou systémique
- Traitement d’entretien:

Émollients


Initial assessment of disease history, extent and severity (impact on family, psychological distress)
Patient education, daily emollient use
Adjunctive therapy
•Avoidance of triggers
•Treat bacterial superinfections (topical or oral antibiotics)
•Antihistamines
•Psychological interventions
Acute control of flare
•Topical corticosteroids or topical calcineurin inhibitor (pimecrolimus or tacrolimus)
Disease remission (no signs or symptoms)
FLARE
Maintenance therapy if disease is persistent and/or frequent recurrences
•Use topical corticosteroid or calcineurin inhibitor at earliest sign of flare
•Long-term maintenance use of calcineurin inhibitors
Severe refractory disease
•Azathioprine
•Methotrexate
•Oral cyclosporin
•Oral steroids
•Phototherapy
•Potent topical steroids
•Psychotherapeutics